

Utviklingen av helsevesenet i Ukraina

Tanja Dahl



**Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon
(MHA-studiet)**

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

2011

Forord

Denne oppgaven inngår i det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, som jeg startet på høsten 2006, på kull XX.

Nå er jeg endelig ferdig med min masteravhandling. Arbeidet har gitt meg mange utfordringer – men også mange oppturer. Alt i alt har det vært en svært lærerik prosess.

Jeg ønsker først og fremst å takke min veileder professor Ole Berg, ved MHA- studiet ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, for inspirerende, motiverende, kritisk og god veiledning gjennom hele prosessen.

Til slutt en takk til familie og nære venner for støtte underveis for å få dette arbeidet i havn i en travel hverdag.

Oslo, november 2011

Tanja Dahl

Antall ord (inkludert innholdsfortegnelse og litteraturliste): 19667

INNHALDSFORTEGNELSE

I. INNLEDNING.....	5
II. METODE.....	8
III. TEORI.....	10
IV. HISTORIKK.....	15
V. HELSEVESENET I UKRAINA.....	27
VI. TRE FORMER FOR SVIKT I HELSEVESENET I UKRAINA.....	37
1. Svikten i helsevesenets finansieringsnivå og – ordninger.....	37
<i>Den offentlige finansiering.....</i>	<i>37</i>
<i>Rettferdighetssituasjonen: det generelle bildet.....</i>	<i>38</i>
<i>Rettferdighetssituasjonen: Ulikhetene.....</i>	<i>40</i>
<i>Rettferdighetssituasjonen og utformingen av</i> <i>finansieringssystemet.....</i>	<i>40</i>
<i>Personalavlønningens betydning for effektivitet, kvalitet og</i> <i>rettferdighet.....</i>	<i>43</i>
2. Svikten i helsevesenets struktur	45
<i>I Ukraina er det ingen klar inndeling mellom primære og</i> <i>sekundære tjenester.....</i>	<i>45</i>
<i>Det er for mange sykehus og for mange sykehussenger og for</i> <i>mye sykehusbehandling.....</i>	<i>46</i>
<i>Overdreven sykehusspesialisering.....</i>	<i>49</i>
<i>Mangel på differensiering av sykehusinnleggelser avhengig av</i> <i>intensiteten i behandlingen.....</i>	<i>50</i>
<i>Eksistensen av parallelle systemer av behandlingsinstitusjoner</i> <i>som styres ulikt</i>	<i>51</i>
<i>Høy grad av slitasje på, og foreldelse av, anleggsmidler i</i> <i>statlige og kommunale helsesentre.....</i>	<i>51</i>
3. Svikten i tjenestenes kvalitet.....	52

VII.	REFORMER I HELSEVESENET: NOEN FORSLAG.....	55
1.	Effektivisering.....	56
	<i>Det primære nivå.....</i>	<i>56</i>
	<i>Det sekundære nivå.....</i>	<i>58</i>
	<i>Ambulansetjenesten.....</i>	<i>62</i>
	<i>Det tertiære nivå.....</i>	<i>63</i>
	<i>Vilkår for å gjennomføre strukturelle reformer i statlig sektor i helsevesenet.....</i>	<i>64</i>
	<i>Privat sektor.....</i>	<i>65</i>
	<i>“Horisontal” integrasjon.....</i>	<i>66</i>
	<i>Helseinstitusjonenes styringsstatus.....</i>	<i>66</i>
	<i>Innføring av kontraktmessige forhold ved anskaffelse av medisinske tjenester og nye metoder for finansiering i helsevesenet.....</i>	<i>68</i>
2.	Kvalitetsutvikling	70
3.	Bedre tilgangen på medisiner.....	72
4.	Innføring av sosial helseforsikring.....	72
5.	Ressurser – helsepersonell.....	74
6.	Innføring av profesjonell ledelse.....	75
VIII.	KONKLUSJON.....	76
IX.	KILDELISTE.....	80

I. INNLEDNING

I Ukraina eksisterer det ikke noen allmennmedisin, eller en primærhelsetjeneste, slik vi kjenner den fra Norden og mange andre vestlige land.

Det ukrainske helsevesen er bygd opp på en helt annen måte enn den vi er kjent med.

Landet har tradisjonelt basert seg på sykehus og store poliklinikker, hvor det jobber forskjellige spesialister, men ingen egentlige generalister. Dette er fortsatt situasjonen.

Myndighetene i Kiev vedtok for over ti år siden å innføre allmennmedisin (familiemedisin) i det ukrainske helsevesenet, og man har begynt å utdanne familieleger/fastleger, men det finnes ikke sentre for familiemedisin og ikke fastlegeinstitusjoner.

I større byer er det store poliklinikker, ambulatorier, med opptil 100 spesialister, slik som indremedisinere, kirurger, gynekologer, hudleger osv., i stedet for allmennleger. Når noen trenger legehjelp, henvender pasienten seg til en sykepleier i resepsjonen, som så sender pasienten videre til den spesialisten som antas å være den rette. Dersom problemet er et annet enn det den første spesialisten kan håndtere, sender vedkommende pasienten videre til neste spesialist. Kun i de tilfellene hvor en pasient trenger oppfølging for en spesiell sykdom hos en spesialist, vil pasienten kunne bli fulgt opp over tid. Blodtrykkspasienter blir fulgt opp av indremedisinere, pasienter med psykiske problemer følges opp av psykiatere etc. Ukrainske kirurger fjerner føflekker og mindre svulster, ukrainske gynekologer setter inn spiral, og svangerskapskontrollene foregår på egne klinikker. Slike oppgaver utføres vanligvis i Norge av vanlige allmennleger, uten at disse dermed oppfører seg som om de behersket det meste av den ambulante medisin.

Privat praksis var ulovlig i Ukraina i sovjettiden. I dag er legene fortsatt offentlig ansatt, på meget beskjedne lønnsvilkår, og mange har flere jobber samtidig for å skaffe seg en inntekt som gjøre det mulig å ha en rimelig levestandard, med blant annet, bil og leilighet. Mange leger ønsker i dag å starte privatpraksis i tillegg til sin faste stilling i sykehus eller på poliklinikk. Det har de anledning til, men foreløpig må de gjøre det uten noen form for

støtte eller refusjon fra det offentlige. Pasientene må betale hele honoraret, noe som innebærer at tjenesten blir forbeholdt dem som har god råd. Det er slik i økende grad tilfelle at mange av tjenestene og medisinene folk trenger, må betales av pasientene selv. Man kan gjerne si at kapitalismen er på full fart inn i det ukrainske helsevesenet.

Ukrainsk allmennmedisin (familiemedisin) står overfor enorme utfordringer både av politisk og ressursmessig art. Behovet for å sikre utdanning og fagutvikling innenfor en ny spesialitet er stor. Det er også en økende tro på at en styrket primærhelsetjeneste er et viktig virkemiddel for å bedre folkehelsen.

Nasjonale og internasjonale eksperter mener at det største problemet i det ukrainske helsevesenet er den gamle sovjetiske modellen (Semashko - modellen). I mange henseender preger den fortsatt, to tiår etter Sovjetunionens oppløsning og Ukrainas løsrivelse fra det russisk-dominerte riket, ukrainsk helsevesen. Det gamle, sykehus- og spesialistpregede helsevesenet endres bare sakte. Samtidig gjør dets ineffektivitet og ofte lave kvalitet, at både tilbydere (leger og sykepleiere) og etterspørrere (pasienter) tilpasser seg på måter som både endrer helsevesenet og lar det forbli som det var. Endringene skjer ved at en ordning med uoffisiell, og ulovlig, privat betaling – direkte til legene og sykepleierne – brer seg og gir hele helsevesenet et korrumpert preg. Samtidig fører denne utviklingen til at penger bestemmer hvem som kan få hjelp, eller god hjelp, og hvem som ikke kan få det. Det tidligere mer egalitære helsevesen, blir slik stadig mer inegalitært (urettferdig). Denne tilpasningen, med privat, uformell betaling, svekker også noe av grunnlaget for reformpress. De store endringene, som forskyvningen av innsats fra spesialist- til almenhelsevesenet, skjer slik svært sakte.

Min erfaring, som ukrainsk lege, fra arbeid i både spesialisthelsetjenesten og privathelsetjenesten, har medført at jeg er blitt opptatt av hvordan det ukrainske helsevesenet kan komme inn i en mer fruktbar utvikling. Jeg spør meg hvordan dagens ”onde sirkler” kan gjøres om ikke gode, så bedre. Spesielt er jeg opptatt av hvordan det ukrainske helsevesen kan få en bedre organisering og en sikrere og mer formålstjenlig

finansiering. Med bedre mener jeg da at helsevesenet kan yte bedre tjenester, på en mer effektiv måte og mer likeverdig.

I det følgende skal jeg først, men med vekt på de lange linjer, vise hvordan det russisk-ukrainske helsevesen har utviklet seg fra en sped begynnelse i det 18. århundre og frem til kommunisttiden (1917-1991).

Så skal jeg se nærmere på hvordan det helsevesen Ukraina har hatt og fått etter 1991 er bygget opp, er finansiert og fungerer. Dette kapitlet er delvis beskrivende og delvis ”diagnostisk”. Jeg skal her redegjøre nærmere for de svakheter jeg ser ved dagens helsevesen, og som jeg kort har nevnt ovenfor.

I det siste kapitlet skal jeg se på, og delvis diskutere kritisk, hvordan myndighetene nå handler og tenker ”terapeutisk” om helsevesenet. Jeg skal se planene for hvordan det ukrainske helsevesenet kan organiseres, bemannes og finansieres så det kan bli mer effektivt, yte bedre tjenester og bli mer rettferdig.

II. METODE

Kvalitativ metode

I samfunnsforskning skiller man mellom to typer metoder, kvantitative og kvalitative. Betegnelsene kvantitativ og kvalitativ referer både til egenskapene ved dataene som samles inn og hvordan de analyseres. I kvantitative studier har man gjerne mange enheter og forholdsvis få variabler, i kvalitative studier har man få enheter og mange, gjerne lite spesifiserte “variabler” (faktorer). I kvantitative studier behandles dataene statistisk, i kvalitative hermeutisk (meningstolkede), vidt forstått.

Metodevalget bør avgjøres av problemstillingen.

Ut fra den problemstilling jeg har valgt, er det mest naturlig, hva gjelder min empiriske analyse, i hovedsak å benytte kvalitative data og kvalitative metoder. Som datakilder benytter jeg særlig offentlige dokumenter og forskningsrapporter (som også forstås som dokumenter). Dokumenter er en viktig datakilde i kvalitativ forskning. De er både (mer eller mindre korrekte) beretninger (om noe som har skjedd) og levninger (uttrykk for noe som har skjedd). Jeg vil bruke dem på begge måter. En del dokumenter, som offentlig statistikk, er først og fremst beretninger, tallmessige rapporter om hvordan noe var i fjor, i forfjor etc. Andre dokumenter, som utredninger, planer og lignende er både beretninger og levninger. Sekundær litteratur, som forskningsarbeider, er, for mitt formål, både beretninger og mulige tolkninger av de fenomener jeg studerer.

Når man som forsker skal bruke dokumentarisk materiale, må det utøves kildekritikk.

Man må vurdere om man skal bruke kildene som beretninger og/eller levninger; om man bruker dem slik eller slik har det konsekvenser for tolkningen. Bruker man dokumenter som beretninger, som jeg særlig gjør, må man vurdere deres pålitelighet og deres relevans for de problemstillinger man har. I den grad man også bruker dokumenter som levninger må man vurdere hvordan de er blitt til. Når man skal tolke dokumenter må man ta hensyn til at de er «stumt» materiale. Man kan ikke stille dem spørsmål og slik få testet både

faktiske antagelser og tolkninger, skjønt av og til kan dokumentenes opphavspersoner intervjues.

Offentlig statistikk er kvantitativ. Jeg vil allikevel bruke den ”kvalitativt”, altså hermeneutisk. Jeg vil altså ikke behandle statistikken statistisk.

Den anvendte del av problemstillingen innebærer at jeg diskuterer hvordan et nytt, eller fornyet, helsevesen utvikles og kan utvikles i Ukraina, et som er mer effektivt og mer rettferdig. De metoder jeg da bruker er både empiriske og teoretiske. Jeg viser hvordan det reformeres og drøfter samtidig både realismen og fornuften i reformene og planene for videre reformer. Når jeg identifiserer svakheter og mangler ved det som skjer, og ved de planene som foreligger, og peker på forbedringsmuligheter, tar jeg utgangspunkt i mine eksplisitt formulerte normative premisser.

III. TEORI

Teorien jeg har valgt er endringsteori. Endringsteori er et naturlig teorivalg ettersom jeg delvis studerer endring, eller utvikling, historisk, men først og fremst drøfter hvilke endringer som må til for at det ukrainske helsevesen kan bli mer effektivt og rettferdig.

Endringsteori

”Det er verken den mest intelligente eller den fysiske sterkeste som overlever, men den som er dyktigst til å mestre endring” (Charles Darwin).

En endringsprosess skjer ikke ”på dagen”. Den strekker seg over et kortere eller lengre tidsrom og skjer vanligvis gradvis. En endring kan slik ses på som den forskjell det er i for eksempel en organisasjons tilstand fra et tidspunkt til et annet.



Figuren 1. Tilstandsforskjellen.

Figuren 1 illustrerer denne tilstandsforskjellen. Prosessen fra tidspunkt 1 til tidspunkt 2 er da endringsprosessen. Denne måten å forstå endring på kalles en varianstilnærming (Van

de Ven & Poole 1995; Andersen 2010).

En endringsprosess kan komme i gang både som en villet og planlagt prosess og som noe som ”bare skjer”, altså som en slags organisk prosess. For at en endringsprosessen av den første typen skal komme i gang må ideen om at noe bør endres til det bedre konkretiseres. Hva er det som i et slikt tilfelle skal endres? Det kan være atferd, strukturer, systemer eller fysiske objekter.

Organisasjonen som søker endring må konkretisere hva som skal endres og hva det er mindre viktig å endre. (Jacobsen 2004; Andersen 2010).

Det moderne samfunn er preget av en konstant og ofte høy endringstakt. Men etter ekstra turbulente tider setter det gjerne inn en reaksjon og det legges mer vekt på stabilitet. Det begynte for eksempel i mange henseender å skje i Vesten fra midten av 1990-årene og speiles også i organisasjonsteorien (Van de Ven & Poole 1995). Både i teorien og i den organisatoriske praksis legges det mer vekt på å bevare og utvikle tradisjoner, rutiner og kultur mer allment. Det legges slik vekt på trygghet og fellesskap for organisasjonens medlemmer.

For å forstå hvorfor organisasjoner bevisst bryter med stabile og trygge rammer ved å starte en endringsprosess som per definisjon både er usikker og risikofylt, er det ifølge Jacobsen (2004) helt essensielt å forstå hva det er som driver fram endringene.

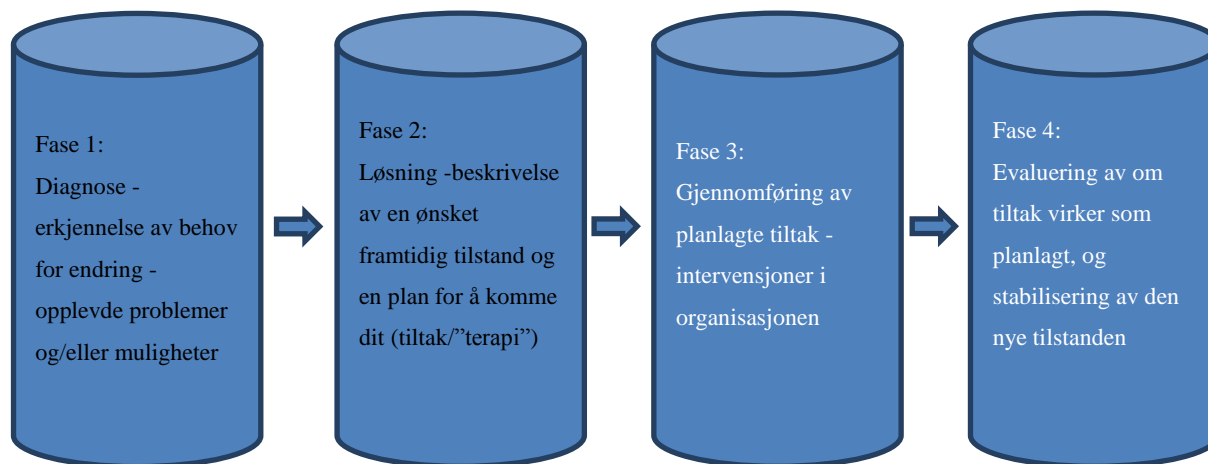
Oppmerksomheten må altså rettes mot endringens drivkrefter. Slike drivkrefter er pådrivere for endring, og vil gjerne stille ulike organisasjoner overfor ulike krav.

Eksempler på slike drivkrefter er, på den ”harde” siden, dramatiske endringer i teknologiske og konkurransemessige forhold, og på den ”myke” siden, store endringer i arbeidsmarkedets kjønns- og alderssammensetning (Jacobsen 2004). Slike drivkrefter skaper endring ved å skape spenninger mellom gamle driftsmåter og måter å organisere produktiv virksomhet på, og nye samfunnsmessige forutsetninger. Drivkreftene skaper altså ikke organisasjonsendringene, men skaper forhold som gjør at ledere og andre bevisst søker endring, i hovedsak for at deres organisasjoner bedre kan tilfredsstille det

”nye” samfunns forutsetninger (Andersen 2010).

Endringsmotorer

I en artikkel av Van de Ven og Poole (1995) blir nærmere 20 ulike teorier som omhandler organisatoriske endringsprosesser klassifisert i fire hovedtyper. Disse fire hovedtypene, eller idealmodellene, representerer ulike sekvenser av organisasjonsendringer som drives av såkalte konseptuelle motorer og opererer på ulike organisatoriske nivå. Modellene inneholder unike tilnærminger til endringsproblematikken, og kan i følge forfatterne representere ”(...) fundamentalt forskjellige sekvenser av hendelser og kausale mekanismer – vi vil kalle dem motorer – som forklarer hvordan og hvorfor endring finner sted.” (Jacobsen 2004). Ifølge Van de Ven og Poole (1995) kan endring skje ved 1) planlagt endring, 2) endring som livssykluser, 3) endring ved evolusjon, og 4) endring som dialektisk prosess og maktkamp. Disse fenomenene representerer ulike krefter som bidrar til variasjon i endringsprosessens form, innhold og utfall. Jacobsen (2004) trekker i tillegg fram en femte endringsmotor, nemlig endring som tilfeldighet. Implementeringen av nye konsepter som følge av prosjektarbeid resulterer ofte i en endringsprosess i organisasjonen, og kan på dette grunnlaget i aller høyeste grad betraktes som en planlagt endring. En planlagt organisasjonsendring er en intensjonal organisasjonsendring, dvs. en endring som har en hensikt, et mål. En slik endring innebærer at personer eller grupper av personer har foretatt en analyse av den aktuelle situasjonen, og funnet ut at den ikke er tilstrekkelig eller at det finnes andre muligheter som bør benyttes, har utarbeidet løsninger for å møte eventuelle problemer, og dernest iverksatt tiltak for å løse disse problemene. Etter hvert som tiltak iverksettes blir det foretatt vurderinger for å se om de faktiske effektene svarer til de forventede effektene av disse tiltakene. Dette kan illustreres i følgende modell (Jacobsen 2004; Andersen 2010):



Figuren 2 illustrerer sentrale faser i en planlagt endringsprosess.

Modeller i offentlige organisasjoner etableres ofte på bakgrunn av et ønske eller et behov for forbedring, og immaterielle modeller resulterer ofte i en endring i måten slike organisasjoner blir organisert på. En endringsprosess kan deles inn i ulike faser. Med utgangspunkt i en idé, et problem eller en utfordring (fase 1) skal vi finne ut hva vi skal gjøre, for deretter å definere hva vi skal gjøre (fase 2), gjennomføre det vi har planlagt vi skal gjøre (fase 3), og til slutt avslutte prosessen og evaluere både planleggingen og gjennomføringen av prosessen (fase 4). Det er i tillegg viktig å dokumentere erfaringene fra det arbeidet som er gjort (Andersen 2010).

Implikasjoner

Det er ikke alltid slik at et modellen enkelt og greit kan tas i bruk og implementeres i en organisasjon. Selv om problemer er konkretisert og en plan for å løse dem er utviklet, er det ikke slik at alle forutsetninger ligger til rette for å starte implementeringsprosessen. Nye konsepter betyr endringer, og endring av en organisasjon er en prosess som berører

menneskene i organisasjonen. På bakgrunn av dette kan implementeringen av modellens konsept møte motstand, og denne motstanden kan betraktes som en utfordring og en begrensning ved innføringen av det nye konseptet (Jacobsen 2004; Andersen 2010).

IV. HISTORIKK

Svarene på dagens problemer og utfordringer kan vi ikke gi uten å ta hensyn til historien. Her ligger, mer eller mindre gjemt, de drivkrefter som, direkte og indirekte, har skapt det helsevesen Ukraina nå har og som i varierende grad fortsetter å virke. Men skal vi se på historien og de krefter den er en bærer av, kan vi ikke bare se på Ukrainas historie. I all hovedsak er Ukrainas historie en del av det russiske rikes historie.

Den gamle russiske stat, forgjengeren til Russland og Ukraina, ble til på begynnelsen av 8. og 9. århundret, med senter i Novgorod, ved Volgas nordlige utspring. Etter hvert ble det russiske territorium utvidet sørover til det bysantinske riket, som et Kiev-rike. Deretter ble riket delt i fyrstedømmene Tver, Vladimir, Moskva og andre. Fra det 13. århundre til slutten av 1500-tallet ble de russiske landområder okkupert av tartarene og mongolene. For å bli kvitt det tatar - mongolske åk, ble fyrstedømmene samlet i en allrussisk union. Moskva ble sentrum i unionen. Under Peter I, 1689-1725, fikk Russland mange reformer inspirert av vesteuropeiske modeller. Landet fikk tilgang til det baltiske havet (Østersjøen), og ble utvidet både mot sør og øst. I 1721 ble det proklamert som Det russiske imperium. Etter at Napoleons hær ble stanset ved Moskva (1812-1813), konsoliderte Det russiske imperiet seg også som en makt i Europa. På midten av 1800-tallet var Det russiske imperiet det største landet i Europa.

1. Fra 1864

I 1861 avskaffet tsar Alexander II livegenskapet. Det ble ikke minst gjort på grunn av behovet for å skaffe flere arbeidere til det raskt utviklende moderne næringslivet (industrien). Det ble også gjennomført andre liberale reformer - finansielle, juridiske, “zemskaia”-pregede (medisinske) og militære.

Zemskaya-medisinen og det lokale selvstyre i Tsar-Russland

Zemskaya-medisinen kom altså som en del av reformene under den moderniserende tsaren, Aleksander II (1818-1881). Den kom i begynnelsen av denne reformperioden, nemlig i 1864. Den kom gjennom opprettelsen av en slags helsevesener i 34 (land) provinser. Det gamle systemet, den veldedighetsbaserte Ordensmedisinen, hadde mange svakheter, som mangel på ressurser, mangel på medisinsk personell (ofte utlendinger), lav tilgjengelighet og lav tjenestekvalitet.

Reformen i 1864 innebar altså at de lokale valgte *zemstva* etablerte egne helse- og tildels sosialtjenester. Helsetjenestene utviklet seg i to perioder i de siste femti år av tsarregimets tid. I den første periode, frem til begynnelsen av det 20. århundre, ble de grunnleggende medisinske tjenester etablert. Det ble opprettet “leirsteder”, eller ambulatorier for medisinsk behandling. I disse jobbet en lege og flere assistenter. Tjenestene var offentlig finansiert og behandlingen var gratis. Legene skulle være preget av idealisme. Men legenes lønn var lav og deres pasientgrunnlag meget stort, ofte 25 000 til 30 000. Distriktene var også svært store i utstrekning og veiene dårlige, hvis de fantes. Pasientene var i stor grad bønder som hverken kunne lese eller skrive. De måtte behandles nokså paternalistisk. Mange av legene slet seg ut, med lite utbytte, og tydde etter hvert gjerne også til privat praksis. Med mange av dem gikk det derfor, som forfatteren og legen Anton Tsjekov (1860-1904) skriver om *zemskey*-legen Dimitri Jonitsj Startsev: ”Han er ensom. Han fører et kjedelig liv; intet interesserer ham” (Lichterman 2009; 339:b3395).

Tsjekov visste hva han skrev. Han hadde selv noen somre vikariert som *zemskey*-lege. Ordningen med en kombinasjon av lavt betalte leger og mer eller mindre uformell privat praksis på si skulle, kan jeg legge til, bli en varig ordning i Russland og de land som helt til 1991 tilhørte det russiske rike, om den enn etter hvert skulle tilpasses tiden og omstendighetene.

I den andre perioden før revolusjonen, og delvis som en følge av den begynnende medisinske spesialisering, ble sykehustjenestene utviklet, og fikk etter hvert en stor plass,

skjønt mer i byene enn på landet. Etter hvert oppstod slik et hierarkisk oppbygget helsevesen, styrt og dominert ovenfra, altså fra de mest spesialiserte institusjoner.

Systemet så slik ut:

Feldsher-obstetrisk stasjon → landlige sykehus → herredssykehus (gammel administrativ enhet) → guvernement/fylkessykehus.

Det skal legges til at denne hierarkiske måten å ordne helsevesenet på, på mange måter er forblitt det russiske og de post-russiske helseveseners måte å ordne det på. Også i de russiske og etterrussiske områder gjelder i noen grad det franske ordtaket om at jo mer noe forandrer seg jo mer forblir det som det var.

Den urbane medisin (by/stads/messig medisin)

Det russiske riket var preget av stor avstand mellom by og land. Adminstrasjonen av byenes helsetjenester ble derfor en del annerledes enn administrasjonen av landshelsevesenet. Fra 1870 fikk "bystyrene" ansvar for å organisere helsetjenestene for bybefolkningen og, ikke minst, for å gjennomføre hygienetiltak i byens områder. Hovedvekten skulle, hva behandlingen angikk, legges på hjelpen til de fattige. Den øvrige befolkning måtte, som ellers i Europa, selv skaffe seg hjelp fra private leger. Det bør føyes til at de nye store industribedriftene som begynte å komme aktualiserte spørsmålet om å etablere også en bedriftsbasert medisin. En slik medisin begynte da også snart å komme. Dermed kom en type helsevesen som skulle fortsette å spille en viktig rolle i russisk og post-sovjetisk medisin: helsevesener basert i store, snart offentlige, institusjoner, som forsvaret (selvsagt), men også jernbanen og andre tunge næringsinstitusjoner.

Liberaliseringen under Alexander II var betinget, men den utløste politisk uro og strid, og da den økonomiske utviklingen ikke gav de resultater mange hadde ventet, tiltok striden. Regimet svarte med å stramme til igjen.

Tilstramningen kom for alvor etter drapet på Alexander II i 1881, og fortsatte ikke bare under sønnen, Alexander III (1845-1894), men også en tid under hans sønn igjen, Nikolai II (fra 1894) (1868-1918). Resultatet ble at spenningene i landet tiltok. Spenningsnivået steg ytterligere etter Russlands katastrofale nederlag i krigen mot Japan 1904-1905. Fredsslutningen etterfølges av en omfattende streikebølge og tsaren tvinges senhøstes 1905 til å innkalle en folkevalgt nasjonalforsamling (Duma) med lovgivende og bevilgende myndighet. Nikolai II sender imidlertid to år etter Dumaen hjem og eneveldet fortsatte inntil Den første verdenskrig kom og i virkeligheten helt underminerte tsarregimet. Det falt som en moden frukt i det krigen nærmet seg slutten og endte til slutt med den kommunistiske maktovertagelse.

Russland lignet litt på Frankrike før 1789. Det franske samfunn var preget av et kongelig enevelde, usikkert alliert med en sosialt dominerende adel, mens samfunnet for øvrig var mer eller mindre uorganisert. Det øvrige samfunn kunne bare handle politisk ved å gå løs på staten og adelen direkte, og gjorde det i 1789. Frankrike fikk en borgerlig revolusjon. I Russland var det enda mindre mellom tsaren og folket; selv godseierne var en del av staten, eller avhengige av staten. Men økonomiens industrialisering gjorde at det var arbeiderne, ikke borgerskapet, som fikk overtaket i den russiske revolusjon, og lenge skulle komme til å beholde det. De franske borgerlige revolusjonære kom tidlig i strid med hverandre og landet fikk slik ikke noe stabilt regime før etter Den annen verdenskrig.

La oss gå tilbake til det førrevolusjonære russiske helsevesen.

I 1890 arbeidet ca. 16 % av de russiske leger i Zemskoj-medisinen, altså på landet. I 1913 var den organisert gjennom 4367 landlige helsestasjoner og 4539 ”feltskjær-institusjoner”. Disse hadde til sammen 49 087 senger. For å behandle 80 millioner innbyggere, var det svært lite. Zemskja-medisinen skulle imidlertid, som vi alt har antydnet, danne grunnlaget for å bygge det sovjetiske helsesystemet. Det egnet seg til det, siden det både var offentlig og gratis. (M.I. Roemer, 1991)

Med utviklingen av industrien fulgte en raskt voksende urbanisering. Det skapte snart et økende behov for helsetjenester i byene. Det helt privatfinansierte helsevesen kunne ikke dekke hele dette behov. Det vil si, tjenestene var for dyre for de raskt voksende skarer av nokså fattige arbeidere. Med den uro som det nå var i samfunnet, var det et betydelig problem for tsaren Han gjorde derfor som Bismarck gjorde i Tyskland. Han innførte en ordning med offentlig påbudt helseforsikring for (en god del av) arbeiderne. Den kom i 1912, etter tysk mønster, og dekket 20 % av alle industriarbeidere. Den gjaldt både medisinsk behandling og økonomisk støtte ved sykdom og uførhet. Men som Bismarcks reform ikke var nok til å hindre fortsatt arbeideruro, og mot slutten av Den første verdenskrig, nesten revolusjon, var den slett ikke nok til å hindre økende arbeideruro i Russland. Her kom jo også arbeiderrevolusjonen.

Men med forsikringsordningen hadde også det tsaristiske Russland begitt seg inn på omfordelingsveien når det gjaldt helsetjenester, en vei kommunistene snart skulle ikke bare fortsette videre på, men radikalt utvide.

Men uavhengig av denne, moderat omfordelende, forsikringspolitikken, og det minst like omfordelende helsevesenet på landet, var de helsepolitiske utfordringer store. Det manglet nemlig i stor grad både helsepersonell, hygienisk liksåvel som klinisk, og helseinstitusjonsplasser.

I 1913 var det således ennå så mye som 6900 innbyggere pr. lege. På landsbygda, med store avstander, var antallet ofte langt høyere. Forventet gjennomsnittlig levealder ved fødselen var bare 35 år, mot rundt 50 i det vestlige Europa.

2. Fra 1917

Krigen førte til enorme menneskelige og materielle tap og bidro til at tre hundre år med tsarstyre av Romanov-familien tok slutt. Ansvarlig for gjenoppbyggingen av landet ble det nye revolusjonære regime under bolsjeviken Vladimir I. Lenin (1870-1924). Det nye

regimet ble møtt med omfattende motstand og en borgerkrig brøt ut. Først i 1921 var det nye regimet konsolidert. Hva helsevesenet angikk, fikk den første folkekommissær for helsevesenet (fra 1918), Nikolai A. Semashko (1874-1949) av Lenin i oppdrag å legge frem retningslinjer for et nytt system for organiseringen og finansieringen av helsevesenet i Sovjetunionen. Semashko var lege og revolusjonær og hadde før krigen flyktet til Sveits, hvor han ble kjent med Lenin. Han ble sittende som helsekommissær til 1930, men fungerte også som professor i sosial hygiene ved det medisinske fakultet ved Moskvas statsuniversitet fra 1921 til sin død i 1949.

Helsekommissar Semashko lanserte i 1918 begrepet om en sovjetisk helseomsorg. Det innebar at staten skulle ha ansvaret for befolkningens helse, at helsetjenester skulle være gratis tilgjengelig for hele befolkningen, at helsetjenestene skulle reflektere medisinenes faglige utvikling og at sosiale sykdommer skulle begrenses mest mulig gjennom forebyggende tiltak. Begrepet innebar også at staten skulle ha ansvar for all helsepersonellutdannelse og at helsepersonell skulle bli statsfunksjonærer. Helsevesenet skulle styres ovenfra, med utgangspunkt i helsekommissariatet, senere helseministeriet, og utviklingen skulle skje basert på sentralt fastsatte femårsplaner. Planene skulle baseres på sentralt bestemte normer, uten lokal tilpasning.

Semashkos ideer lot seg ikke umiddelbart realisere og det gamle system, inkludert forsikringsordningen, kom derfor i stor grad til å fungere frem til 1927.

(Før dette, i 1922, var det nye regimet etablert og offisielt kalt Unionen av sovjetiske sosialistiske republikker, med Lenin som regimets øverste leder. Da han døde i 1924 ble han, etter en kort maktkamp, etterfulgt av Josef Stalin (Djugasjvili), fra Gori i Georgia. Stalin var enehersker til han døde i 1953.)

Da ble fondene, og alt som fantes av helseinstitusjoner nasjonalisert. Helsepersonellet ble samtidig statsfunksjonærer. Men systemet hadde allerede fra starten av en svakhet. Det var ikke ressurser til å realisere de ambisiøse planene. Det førte til at det generelle helsevesen fra starten av kom til å legge mer vekt på kvantitet, antall leger og sykepleiere, antall senger osv., enn på kvalitet. Så åpenbart var dette problemet at det ble laget flere parallelle, kvalitativt bedre, helsevesener, spesielt for byråkratiet, for forsvarsgrenene, for

sikkerhetstjenesten og for en del viktige næringsgrener. Slik sett fikk den ambisiøse utjevnings- eller endog likhetspolitikken, et innslag av hykleri, et innslag som etter hvert skulle komme til å prege hele det sovjetiske samfunn.

Etter den annen verdenskrig ble det sovjetiske helsevesen bygget vesentlig ut, og Sovjetunionen kom nærmere idealet om et kvalitativt akseptabelt og likt tilgjengelig helsevesen. Vesenet ble nå også for alvor hierarkisk strømlinjeformet, basert på distrikt (*rayon*), region (*oblast*) og republikk. Det kom til å ha enheter som sanitære og epidemiologiske stasjoner (folkehelsestasjoner), poliklinikker, sykehus og spesialiserte tjenester av ulike slag. Alle ble, i prinsippet, dimensjonert etter folketall. Sovjetunionen fikk slik et allmennhelsevesen som i prinsippet var rasjonelt planlagt for å fremme idealet om mest mulig lik helse for alle.

Resultatene viste seg også. Under de første nesten 30 år med kommunisme hadde folkehelsesituasjonen vært dårlig, i perioder endog katastrofalt dårlig, i første rekke av politiske grunner. Borgerkrigen til 1921 kostet mye også hva liv og helse angikk, den første hungersnøden, fra 1921 til 1923, kostet enda mer, og den annen hungersnød, fra 1932 til 1933 kostet svært mye. I 1933 var forventet levealder ved fødselen for kvinner sunket til bare 11 år og for menn til litt over 7 år. Ukraina tapte hele syv millioner mennesker under hungersnøden i 1932-33. Den annen verdenskrig krevde ytterligere syv millioner ukraineres liv.

I 1938, var den gjennomsnittlige levealderen i Sovjetunionen øket og var på 43 år. Til sammenligning var den i Frankrike på 59 år og USA på mer enn 63 år. I 1965 var den gjennomsnittlige forventede levetid for menn i Sovjetunionen gått opp til 64,3 år for menn og til 73,4 år for kvinner, og landet hadde nesten tatt igjen vesten. De tilsvarende tall for Frankrike var 67,5 og 74,7 år og for USA 66,8 og 73,7 år. (V. Shkolnikov, 1996) En viktig årsak til utviklingen var suksessen i arbeidet med å bekjempe de smittsomme sykdommer. I 1960 var dødeligheten av smittsomme sykdommer redusert til 87:100 000, i 1980 videre til 21: 100 000 og endelig i 1991 til 12:100 000, altså en samlet reduksjon

(1960-1991) på 86 %. (T.H. Tulchinsky, 1996).

Spedbarnsdødeligheten ble redusert med mer enn i ti ganger fra tiden før revolusjonen og frem til 1971. I forhold til 1950 var reduksjonen på omtrent fire ganger. I 1971 var spedbarnsdødeligheten i Sovjetunionen på 22,9 per 1000 levendefødte (V.M. Shkolnikov, 2000).

Fra 1960- og særlig 1970-årene skjedde det viktige forandringer i Sovjetunionen generelt og dermed også i helsevesenet. Det fikk også konsekvenser for helsesituasjonen. Hva gjaldt den generelle utvikling hadde Stalins bortgang i 1953 ført til en viss liberalisering under den neste leder (førstesekretær) Nikita Krustsjov (1894-1971), men den økende konkurransen med vesten, spesielt politisk-militært og romfartsteknologisk, begynte etter hvert å bli en stor belastning for den sovjetiske økonomi (Andrei K. Demine, 2000). Resultatet var blant annet at helsevesenet, som de andre humanitære sektorer, relativt sett måtte klare seg med mindre. Det forsterket den byråkratisk-hierarkiske og kvantitativt orienterte styringen av, og ledelsen i, helsevesenet og førte også til at helsepersonellet lønnsmessig ble hengende etter. Dette førte igjen til at moralen blant helsepersonell sank og at praksisen med uformell tilleggsbetaling av leger (og delvis sykepleiere) tiltok. Utviklingen av medisinen som vitenskap bidro samtidig til å lokke stadig flere av legene over i den spesialiserte medisinen, spesielt i sykehusene. Den gamle, og på landsbygda dominerende, allmennmedisinen brøt nå nesten sammen. Midt i 1980-årene gikk 80 prosent av helserublene i Ukraina til sykehusene, 15 prosent til de spesialiserte tjenester utenfor sykehus og bare fem prosent til primærhelsetjenesten (Kfr. HiT Report, Ukraine, 2004, 23).

Denne utviklingen, fundamentalt sett en konsekvens av at Sovjetunionen var iferd med å forstrekke seg i konkurransen med vesten, og, under Leonid Bresjnev (1906-1982), svarte med å stramme til styresettet, førte etter hvert også til noe svekket folkehelse.

Gjennomsnittlig forventet levealder i Sovjetunionen begynte igjen å henge etter utviklingen i vesten og tildels også å synke, særlig for menn. I 1990-1991 var levealderen for

menn nesten tilbake på nivået fra 1960: I 1959 var den på 63,0 år, i 1965 på 64,3 år og i 1990 på 63,8 år; for kvinner er tallene 71,5, 73,4 og 74,3 år (T.H.Tulchinsky, 1996). Tallene var nokså like for Ukraina. Også andre, om ikke alle (ikke barnedødeligheten), helseindikatorer vitnet om en sviktende eller stagnerende folkehelseutvikling. Utviklingen var så alvorlig at sovjetiske myndigheter en tid lukket tilgangen til helsestatistikken.

Sviktende ressurstilgang var den avgjørende grunn til at folkehelseutviklingen i Sovjetunionen stagnerte i den siste del av kommunisttiden. Men noe av svikten hang også sammen med rigiditeten i det stagnerende kommunistiske regime. Det hygieniske folkehelsearbeidet var basert på bekjempelse av infeksjonssykdommer. Nå, altså fra 1960-årene av, var infeksjonssykdommenes betydning redusert og livsstilssykdommenes betydning sterkt økt. De sovjetiske helsemyndigheter klarte ikke å tilpasse seg denne utviklingen hva profylakse angikk. De så hva som skjedde, nemlig at hjerte- og karsykdommer og andre ikke smittsomme sykdommer, samt sosial patologi (ulykker, drap etc., ofte som følge av alkoholmisbruk), økte i betydning, men reagerte enten ved å ty til behandling (sykdommer) eller ved å bli sittende med hendene i fanget (sosial patologi) (T.H. Tulchinsky 1996).

Det var ikke en del av sovjetiske ideologi å kreve at befolkningen førte en ansvarlig livsstil (hva gjaldt for eksempel alkoholbruk, røyking og uregelmessige måltider).

Det bør til slutt i denne gjennomgåelsen av utviklingen frem til 1991 nevnes at også den sovjetiske medisinske vitenskap etter hvert ble hengende etter utviklingen i vest – hvilket var nok et uttrykk for hvordan Sovjetunionen nå kom mer og mer på defensiven overfor vesten. Nye medisiner og nytt utstyr ble utviklet i vest, men sovjetiske leger fikk bare i noen grad kjennskap til dem, og adgang til dem.

Legemiddelbransjen var lite utviklet i Sovjetunionen og landet måtte importere det meste av de medisiner dets helsevesen brukte. Disse forhold gjorde at sovjetiske leger fortsatte å bruke medisiner og behandlingsmetoder som for lengst var forlatt, om de i det hele tatt var blitt brukt, i vesten.

Den generelle stagnasjon i Sovjetunionen gjorde landet mer og mer klart for større endringer. De kom da Bresjnevs to første etterfølgere, de aldrende og svekkede ”gammelkommunistene” Jurij Andropov (1914-1984) og Konstantin Tsjernenko (1911-1985) etter kort tid døde og ble erstattet av den yngre, dynamiske Mikael Gorbatsjov (f. 1931). Gorbatsjov ble generalsekretær i kommunistpartiet i 1985 og allerede året etter, på den 27. partikongress, lanserte han sitt program for blant annet åpenhet (*Glasnost*) og omstrukturering (*Perestrojka*). Han mente den gamle, rigide politikken ville sette Sovjetunionen enda mer tilbake og at landets eneste håp var moderniserende reformer.

Ett interessant uttrykk for den nye omstruktureringspolitikken var at det ble åpnet opp for å profesjonalisere ledelsen i de offentlige institusjoner, gjennom den såkalte nye økonomiske mekanismen. Innen helsevesenet ble det således tillatt å fravike den gamle byråkratisk-kvantitative styrings- og ledelsesformen med kontraktbasert styring, en styring som også skulle gi en friere og mer profesjonell ledelse på klinisk nivå. De sovjetiske myndigheter tok her i noen grad etter vestens oppmykningspolitikk i offentlig sektor. Kontraktstyring er ett av innslagene i den såkalte ”Nye offentlige ledelse” (”New Public Management”). Styringsformen ble forsøkt noen steder, men ble ikke seriøst prøvet ut i Ukraina. Her satt tradisjonister i helseministeriet og de syntes ikke noe om kontraktstyring.

Den nye, oppmyknende politikken, kom også til uttrykk innen folkehelsearbeidet. Gorbatsjov, som selv var avholdsmann, gav beskjed om at det skulle legges mer vekt på livsstilspåvirkende tiltak (V.M. Shkolnikov, 2000).

Blant annet ble en anti-alkohol kampanje satt igang: Prisene på alkohol ble satt opp, det ble færre alkoholholdige drikkevarer og færre utsalgssteder for alkohol, straffetiltakene overfor drukkenskap ble skjerpet og en informasjonskampanje mot alkoholmisbruk ble satt igang (M. McKee 1999; 34: 824-829). Det ble også opprettet alkoholistinstitusjoner, institusjoner hvor behandlingen ikke bare var frivillig. Tiltakene ble imidlertid ikke bare

helsemessig begrunnet. De ble også begrunnet med hensynet til produktiviteten i økonomien.

Anti-alkohol-kampanjen ble vellykket. Den alkoholrelaterte dødelighet gikk vesentlig ned i løpet av forholdsvis kort tid. (D. Leon 1997). Den gikk så mye ned at det også påvirket levetidsutsiktene for menn. I løpet av årene 1984 -1987 økte levealdersforventningen for menn fra 61,7 til 64,9 år og for kvinner fra 73 til 74,4 år (WHO health for all database). Slike brå hopp på bare tre år, er ikke registrert i noen andre av de mest utviklede land i verden.

Denne politikken var imidlertid ikke bare populær og i 1987 restriksjonene på produksjon og salg av alkoholholdige drikkevarer fjernet. Allerede året etter, i 1988, begynte den alkoholrelaterte dødelighet å gå opp igjen (Tragakes, Lessof 2003: 5(x)).

3. Fra 1991

Den 24. august 1991 proklamerte Ukraina sin uavhengighet fra Sovjetunionen. 28. juni 1996 vedtok den folkevalgte nasjonalforsamlingen landets nye konstitusjon. Etter denne konstitusjonen velges nasjonalforsamlingen, den lovgivende myndighet, i almene valg, der halvparten av representantene velges fra enkeltpersonkretser (flertallsvalg), den annen halvpart fra flerpersonekretser (forholdstallsvalg) (siden 2005). Forsamlingen har 450 medlemmer og velges for fem år. En president, valgt i almene valg for fem år, er landets statsoverhode og har den øverste utøvende makt. Han eller hun utnevner statsministeren og den øvrige regjeringen, etter godkjenning av nasjonalforsamlingen. Presidenten kan oppløse nasjonalforsamlingen, nedlegge veto mot lovvedtak og utnevner de regionale guvernører. Landet er inndelt i 24 regioner (*oblaster*), to større byer Kiev (hovedstaden) og Sevastopol med egen status, og den autonome republikken Krim. Oblastene er videre inndelt i 490 distrikter (*rayoner*). Den utøvende makt i regionene og distriktene ligger hos de lokale statsadministrasjoner. På distriktsnivå er det også folkevalgte organer. Det

ukrainske politiske system er altså svært sentralisert. Det er slik en videreføring av sovjetsystemet, men den viktige forskjell at presidenten og medlemmene av nasjonalforsamlingen er folkevalgt og ikke står under noen kontroll av (kommunistiske) partiorganer. Ukrainsk politikk preges imidlertid også av at det tidvis er sterke spenninger mellom presidenten og deler av, til dels et flertall i, nasjonalforsamlingen. Disse spenninger reflekterer spenninger i samfunnet mellom det russisk-influerte, svært industrialiserte, øst og sør og det mer nasjonalistisk-ukrainske og rurale vest og nord. De dominerende, men ideologisk uklare og koalisjonspregede partier er det russisk-orienterte Regionalpartiet og den mer ukrainsk-nasjonale, oransjerevolusjonsforbundne (2004) Blokk Julia Timotsjenko (f. 1960) (etter dets frontfigur). I tillegg kommer det mellomstore partiet Vårt Ukraina – Folkets forsvarsblokk og de mindre partiene, Kommunistpartiet og Lytvyn-blokken.

V. HELSEVESENEN I UKRAINA I DAG

Helsedepartementet er det øverste organ for det ukrainske helsevesen. Departementet ledes av en helseminister, en første visehelseminister og en visehelseminister. De to første er, i tråd med tradisjonen, leger; den tredje er økonom. Ministeren har ved sin side et styre, egentlig et rådgivende organ. Gjennom dette er alle viktige organer i det ukrainske helsesystem representert når den nasjonale helsepolitikk utformes. Det fremstår slik sett som et delvis korporativt organ. Medlemmene av styret er, foruten de tre departementssjefer:

*Lederen for nasjonalforsamlingens helsekomite

*Rektor for det nasjonale akademi for postgradual medisinsk utdanning

*Formannen for sentralkomiteen for folkehelsefagforeninger

*Sjefen for det militær-medisinske direktorat for sikkerhetstjenester

*Presidenten for Hjelpen for barn med kreft

*Lederen for helseavdelingen i Kiev by

*Rektor for Det nasjonale medisinske universitet

*Nestlederen for statsadministrasjonen

*Direktør for Avdelingen for helse og rehabilitering

*Presidenten for Foreningen for medisinsk og farmasøytisk industri

*Formannen for Statens tjeneste for sanitære og epidemiologiske tjenester

*Formannen for Statens tjeneste for HIV/AIDS og andre sosialt farlige sykdommer

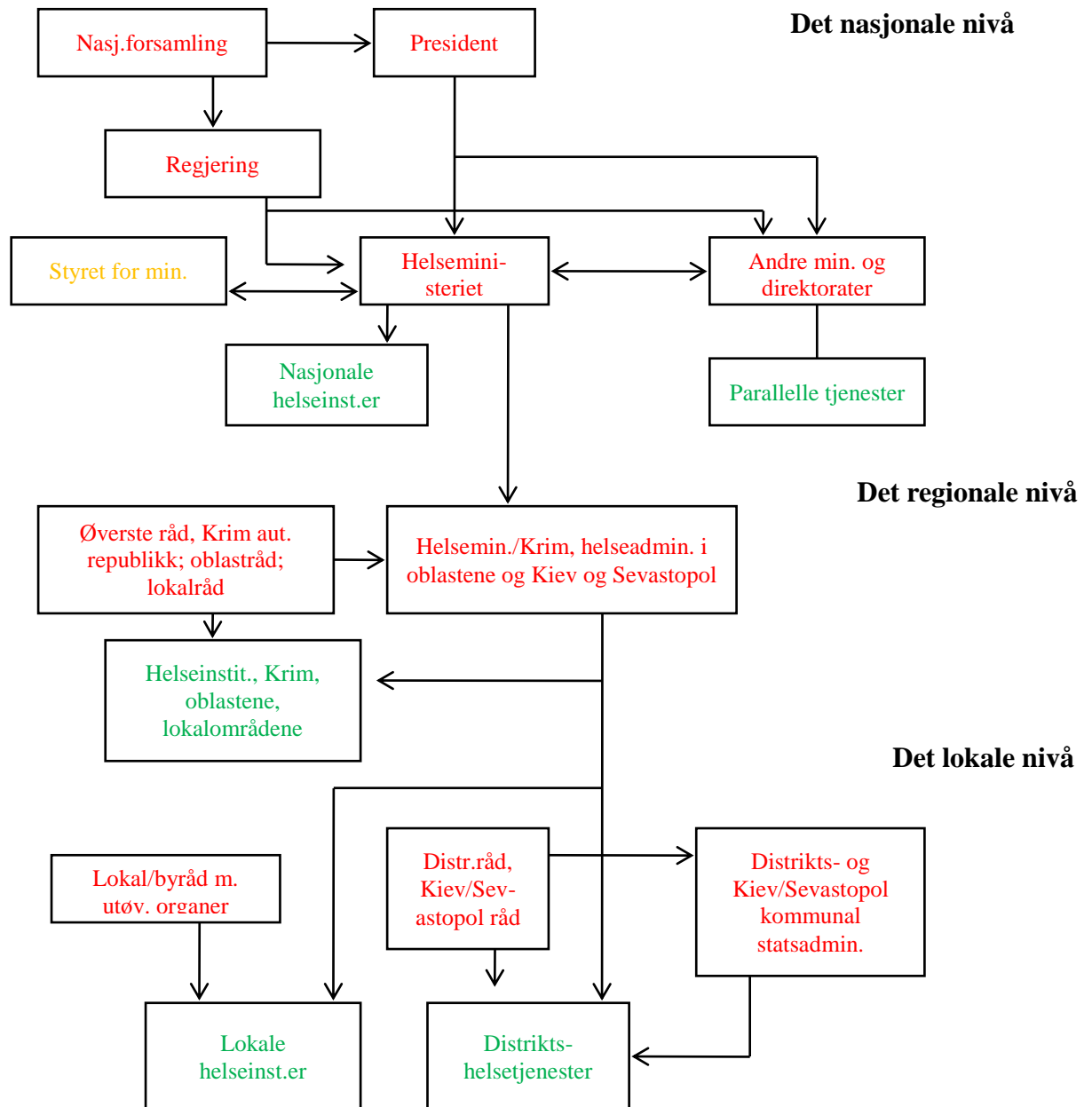
*Formannen for Det akademiske medisinske råd for helse

*Helseministeren på Krim

Helsedepartementet i Ukraina har 21 avdelinger og andre organer, organisert etter ulike kriterier, noen etter tjenestegren, andre etter styrings- og forvaltningsmåte (økonomi og jus for eksempel), atter andre etter helseprofesjon, faglighet (forskning, utdanning), internasjonale oppgaver, etc.

Helsedepartementet eier og driver noen nasjonale helseinstitusjoner. Regionalt er det helsedirektorater som eier og driver en rekke helseinstitusjoner, særlig flerspesialiserte sykehus og klinikker. På distriktsnivå og lokale nivåer er det egne helseadministrasjoner basert på lokale valg. Disse eier og driver en rekke helseinstitusjoner, mindre sykehus og poliklinikker (primærhelsetjenester).

I figur 3 nedenfor er hovedtrekkene i det ukrainske helseadministrasjons oppbygning illustrert (etter WHO).



Den ukrainske helseadministrasjons oppbygning. Rødt: Politiske og administrative organer. Grønt: Helsefaglige organer. Oransje: rådgivende organ. (Figuren er tilpasset etter WHO, Health in Transition Reports, Ukraine, 2004, s. 18.)

Det ukrainske helsevesen fremstår, som nevnt, som nokså sentralisert, og preget av den gamle sovjetmodellen. I praksis er sentralmyndighetens innflytelse nokså begrenset. De regionale og lokale myndigheter gjør mer som de vil, enn modellen gir inntrykk av, blant annet på grunn av statens mangel på ressurser. Det er også viktig å peke på høyre del (øverst) av modellen. Flere andre departementer (ministerier) driver sine egne sektorielle helsetjenester, og bidrar slik til å svekke Helseministeriets samlende rolle. Det gjelder Forsvarsministeriet, Innenriksministeriet, Transportministeriet, Sikkerhetstjenesten og fengselsvesenet. I tillegg har Arbeids- og sosialministeriet ansvar for sykehjemstjenesten. Det samme departementet har ansvar for sosialforsikringsordningene, blant annet ordningen for ulykkesforsikring. Ukrainsk helsepolitikk er slik i betydelig grad preget av fragmentering både (geografisk) vertikalt og horisontalt (på grunn av de parallelle tjenester).

Hjemlene for helsepolitikken

Det formelle grunnlag for ukrainsk helsepolitikk er lagt i ”Prinsippene for helselovgivning i Ukraina”, som ble vedtatt av nasjonalforsamlingen i 1992. Prinsippene er fulgt opp med en lang rekke lover og forskrifter, også regionale og lokale sådanne.

Helsetilstandens utvikling etter uavhengigheten

Etter uavhengigheten gikk Ukraina, som de andre post-sovjetiske landene, inn i en økonomisk og snart også sosial nedgangsperiode, en periode som kulminerte med det økonomiske sammenbruddet i Russland i 1998. Brutto nasjonalproduktet falt med 62 prosent mellom 1991 og 1999. Selv om man tar hensyn til den voksende grå økonomien er det antatt at nasjonalproduktet falt med minst 40 prosent i perioden (HiT Report, Ukraina, 2004, 10).

Først fra år 2000 opplevde Ukraina vekst, til dels betydelig vekst, og i 2006 nådde nasjonalproduktet nivået fra 1991. Ny nedgang kom imidlertid med den internasjonale finanskrisen i 2008.

Den økonomiske og sosiale krisen, særlig i 1990-årene, har bidratt både til nedgang i befolkningsmengden spesielt og i folkehelsestanden generelt. I 1990 var det 51,6 millioner innbyggere i Ukraina. Antallet var akkurat 50 millioner i 1998. Det var så vidt over 46 millioner i 2009 (Ibid; for 2009, World Bank)

Landets befolkning er altså gått tilbake med nesten 11 prosent på 19 år. Den allmenne dødeligheten var i 1990 på 12,2 promille. Den hadde økt til 15,3 i 1995 og har holdt seg omkring dette nivået (15 promille) siden. Spedbarnsdødeligheten har gått noe ned, fra 18 pr. 1000 levendefødte i 1990 til 13 i 2009. Den forventede levealder ved fødselen har gått litt ned, fra 70 til 68 år. Det er stor forskjell i aldersforventningene for kvinner og menn. For kvinner var den forventede levealder i 1990 75 år og for menn 65 år. I 2009 var den 72 og 64 (Tallene er tatt fra WHO's statistikk).

Man kan altså trygt si at helsestanden i Ukraina etter løsrivelsen fra Sovjetunionen har vært utilfredsstillende, og i noen henseender en tid ble stadig mer utilfredsstillende. Noen komparative konstateringer understreker dette:

- Befolkningsnedgangen siden begynnelsen av 1990-årene er den høyeste i Europa (- 5,7 per 1000 innbyggere fra 2007 til 2008).
- Den totale dødeligheten overgås i de gamle sovjetstatene bare av Russland, Kasakhstan og Moldova.
- Den lave forventede levealder er i det tidligere Sovjetunionen bare lavere i Russland, Kasakhstan og Turkmenistan.
- Det er ingen tegn til reduksjon i de alvorlige tuberkulose- og HIV / AIDS-epidemiene. Tuberkuloseinsidensen er 5,3 ganger høyere i Ukraina enn i EU. Dødsfall av tuberkulose er nesten 20 ganger høyere i Ukraina enn i EU. Forekomsten av AIDS er 7,1 ganger og av HIV 5 ganger så høy som i EU (tabell 1).

Tabell 1. – Noen helseindikatorer for Ukraina og Den europeiske union (2008 år (Ukraina), 2007 (EU))

Indikatorer	Ukraina	EU
Dødelighet pr. 1000 innbyggere	16,3	9,69
Forventet levealder, år	68.1	79.1
Forventet levealder for menn, år	62,44	76.0
Forventet levealder for kvinner, år	73.84	82.1
Forventet frisk levealder	59.2	67.0 (2008)
Naturlig befolkningsøkning per 1000 innbyggere	– 5,7	+ 0.9
Insidens av tuberkulose per 100 000 innbyggere	82,44	15,4
Dødelighet av tuberkulose per 100 000 innbyggere	21,29	1,07
Insidens av AIDS per 100 000 innbyggere	9,73	1,37 (2006)
Forekomst av HIV per 100 000 innbyggere	28.44	5,74 (2006)

(Kilde: Senter for medisinsk statistikk i Ukraina, 2009; Den europeiske databasen "Helse for alle", 2006, 2007)

Helsevesenet som klinikk påvirker i begrenset grad leveutsikter og helsetilstand. Dette er detaljert dokumentert gjennom dødsårsaksforskningen, gjennomført av Det ukrainske senter for sosiale reformer; kfr. tabell 2. Tabellen viser dødeligheten for personer i arbeidsfør alder (25-64 år), hvor dødelighetsårsakene er klassifisert etter hva slags intervensjon som kunne redusert (forebygget) dødeligheten.

Som vi ser er de store dødelighetsproblemene knyttet til årsaker som helsevesenet ikke har direkte innflytelse over. Spesielt er disse årsakene viktige for menn. Menns høye sosialt betingede dødelighet reflekterer ikke minst en livsstil preget av høy alkoholkonsumpsjon, til dels også høy tobakksbruk. Men også ulykker og vold, til dels relatert til alkoholkonsumpsjonen, spiller en betydelig rolle. Vi ser ellers at det er en del helsevesenet kunne gjøre for å få ned dødeligheten blant menn, men ikke gjør, til tross for øket ressurstilførsel etter årtusenskiftet. Ja, vi ser at helsevesenet slik lykkes dårligere i 2006 enn 11 år tidligere, overfor menn. Tabellen viser, kan vi også konstatere, at Ukrainas helseproblemer i stor grad er mannshelseproblemer.

Tabell 2. Dødeligheten i befolkningen i alderen 25-64 år i Ukraina, 1995 og 2006, pr. 100 000 innbyggere, klassifisert etter potensiell forebyggingsart.

Årsaker	Menn			Kvinner		
	1995	2006	Endring	1995	2006	Endring
Årsaker som krever ikke-medisinsk forebygging	720,4	624	-13,40 %	188,2	167,4	-11,10 %
Årsaker som kunne vært medisinsk avdekket og effektivt behandlet på et tidlig tidspunkt	3,5	3,4	Ingen endring	51,6	51,7	Ingen endring
Årsaker/sykdommer som kunne vært effektivt behandlet	118,9	192,9	62,2	48,9	49,1	Ingen endring
Totalt	916,9	819,8	-10,6	288,7	268,2	-7,10 %

(Kilde: Dødeligheten i Ukraina for folk i alderen 25-64 år/ Demoskope Weekly. - № 327-328, 31. mars til 13. april 2008.)

De tall jeg har presentert for folkehelsestanden i Ukraina, er i seg selv det sterkeste

uttrykk ikke bare for at helsevesenet i betydelig grad svikter, men enda mer at samfunnet generelt gjør det (kfr. tabell 2). Her skal vi imidlertid konsentrere oss om helsevesenet og i hvilke henseender, og hvordan, det svikter.

Stikkordsmessig kan vi karakterisere svikten slik:

- Helsevesenet dekker bare delvis de medisinske behov befolkningen har. Det svikter altså medisinsk.
- At helsevesenet i stor grad svikter medisinsk skyldes for det første finansieringsnivået og finansieringsordningen. Finansieringen er utilstrekkelig til at helsevesenet kan tilby oppdaterte tjenester, endog hva gjelder de vanligste sykdommer, for hele befolkningen. Man får slik et betydelig fordelingsproblem (rettferdighetsproblem), til dels også et slags korrupsjonsproblem (uformell privat betaling for tjenester). Måten finansieringen skjer på er heller ikke effektivitetsfremmende.
- At helsevesenet svikter medisinsk, skyldes for det annet at det har en struktur preget av den gamle Semashko-modellen, en modell som ikke er godt tilpasset problempanoramaet, som gjør indre samordning vanskelig og som derfor også fører til stor grad av ineffektivitet. Generelt kan man nesten si at strukturen bidrar til at helsevesenet og dets medarbeidere blir opptatt av sine egne, indre problemer og at de ytre og ”egentlige” oppgaver ofte kommer i annen rekke. Ja, så innadvendt er helsevesenet blitt at det for befolkningen ofte kan fortone seg som kynisk.

Kort sagt, helsevesenet svikter medisinsk fordi det svikter økonomisk og organisatorisk. Videre kan man si at de to siste former for svikt reflekterer den ”primære” svikt, nemlig den politiske og ledelsesmessige. De som har makt, fra toppen og nedover, har ikke klart å gjøre så mye med de gamle ordninger og de gamle strukturer, til tross for mange forsøk. Forsøkene har i liten grad lyktes fordi de har vært preget av:

- strategisk uklarhet; mangel på tydelige målsettinger

- ustabil strategi; stadige endringer og tilpasninger har gjort strategien diffus
- uklare konkrete retningslinjer, noe som gjør gjennomføringen av dem vanskelig, ofte nokså tilfeldig og som regel svært langsom; de nevnte forhold, samt den strukturelle fragmentering (vertikalt og horisontalt), har ført til mye inkonsistent iverksettelse av reformene
- Det hører også med til bildet at reformvirksomheten er lite inspirert av det som finnes av vitenskapelig kunnskap om hvordan endringer kan utvikles og iverksettes.

Nedenfor går jeg nærmere inn på den økonomiske og organisatoriske svikt.

VI. TRE FORMER FOR SVIKT I HELSEVESENET I UKRAINA

1. Svikten i helsevesenets finansieringsnivå og -ordninger

Den offentlige finansiering.

I løpet av det siste tiåret har den offentlige finansiering av helsevesenet i Ukraina økt, om ikke dramatisk: nesten åtte ganger nominelt og to ganger reelt (V.M. Lehan 2005,168).

De totale utgifter til helsevesenet i Ukraina har økt siden uavhengigheten og har de siste fem-seks år ligget mellom 5,5 og 6,5 % av bruttonasjonalprodukt per innbygger, i følge offisielle nasjonalregnskapstall; kfr. tabell 3. Utgiftsnivået (andel av BNP) har imidlertid også svingt en del. Det var således i 1998, like før det russiske krakket, omtrent like høyt som det er i dag. Tallene er også usikre fordi man ikke kjenner omfanget av den uformelle økonomien. I de nyere tall har man forsøkt å beregne omfanget av den uformelle økonomien innen helsesektoren, men har fortsatt brukt de offisielle tall for totaløkonomien. Helseandelen blir derfor for høy.

Tallene for Ukraina adskiller seg ikke vesentlig fra tallene for de andre gamle sovjetstater. I 2005 var helseandelen i de såkalte CIS-land i gjennomsnitt på 5,5 prosent, ifølge WHO. WHOs andel for Ukraina var da 7,0 prosent (noe høyere enn i tabellen). Russlands andel i 2005 var 5,5 prosent. De sentralasiatiske republikkene lå på mellom 3,9 og 5,0 prosent. Generelt er det altså slik at de tidligere sovjetstater nå bruker betydelig lavere andeler av sine ressurser på helseformål enn tilfellet er i det rikere, vestlige Europe, og kanskje enda lavere andeler enn de tallene som er oppgitt tyder på. I vest er andelen på fra ca. 8 prosent og opp til 11. Disse forskjellene understrekes ytterligere hvis vi ser på hvilke beløp, i kjøpekrafttilpassede penger (US dollar), som brukes på helsetjenester. I Ukraina var det beløpet i 2005 på 488 dollar pr. innbygger, i Russland på 561 dollar og i CIS gjennomsnittlig på 448 dollar. I Sentral-Asia lå det på under 200 dollar.

Gjennomsnittstallet for EU var 2468 dollar og for Norge på 4331 dollar (Health Systems in Transition 2010, 31- 32).

I 2005 brukte altså Ukraina knapt 20 prosent av det EU gjorde på helsetjenester og noe over 11 prosent av det Norge gjorde.

Tabell 3: Totale helseutgifter som prosent av BNP i Ukraina, 1990- 2008

År	1990	1995	2000	2005	2008
BNP-andel	2,6	4,7	4,6	5,7/6,6	6,6

Kilder: Health Care Systems in Transition, 2004, s. 49 og Health Systems in Transition, 2010, s. 30. De to kilder baserer seg på tall fra den statlige ukrainske statistikkkomite, det ukrainske medisinske statistikkssenter og WHO. Tallene fra de ulike kilder varierer noe og må derfor sees på som usikre.

Vi kan altså konstatere at finansieringsnivået for helsetjenester er lavt i Ukraina. Det gjør i seg selv at tilgjengeligheten av helsetjenester nærmest *må* være lav, altså for lav, og at kvaliteten på mange av de tjenester som tilbys også må være (for) lav. Vi skal nå se at svikten ikke fordeler seg jevnt, men spesielt rammer de minst bemidlede, altså at Ukraina også har et stort, og voksende, rettferdighetsproblem. Det er et rettferdighetsproblem landet deler med de andre CIS-landene, og som adskiller dem markert fra for eksempel (de gamle) EU-landene.

Rettferdighetssituasjonen: det generelle bildet.

Grunnloven (artikkel 49) garanterer alle ukrainske borgere gratis tjenester etter behov. I praksis etterleves ikke garantiene. Det har ikke vært, og er ikke, ressurser til det. Fra slutten av 1990-årene (særlig fra 1996, da egenandelsordningen formelt ble godtatt) økte tilgjengelighetsproblemene og i 2002, etter at grunnlovsdomstolen hadde uttalt seg, ble det definert en slags pakke av grunnleggende tjenester som skulle tilbys uten betaling. I praksis er det imidlertid fortsatt opp til de kliniske institusjoner, og til dels personellet, om

og hvor mye de vil ta i pasientbetaling. Resultatet er blitt uoversiktlige forskjeller og en generell økning i den private betalingen. I tabell 4 er det gitt en oversikt over noen sider ved sammensetningen av finansieringen av helsetjenester i Ukraina.

Tabell 4: Utgiftene til helsetjenester i Ukraina, etter finansieringskilde (andeler), 1999-2008.

År	1999	2000	2002	2004	2006	2008
Statlig andel	65,5	62,0	62,1	68,3/58,1	60,4	57,2
Formell priv. bet.	34,5	38,0	37,9	30,8	-	-
Uformell priv. bet.	-	-	-	10,4	-	-

Kilde: Health Systems in Transition, s. 30.

Vi ser at den statlige (offentlige) andel av finansieringen av helsetjenester har sunket litt, fra rundt 65-66 prosent i 1999 til vel 60 prosent i 2006 og til vel 57 prosent i 2008, mens den private har økt tilsvarende. De høye formelle private utgiftene gjelder i første rekke medikamenter og andre apotekvarer; de står (2008) for ca. 33 prosent av de samlede helseutgifter (HiT, Ukraine 2010, 36).

Den uformelle, og i prinsippet ulovlige, direkte betalingen er det vanskelig å bestemme. Det ble gjort en surveyundersøkelse av et stort antall husstander i 2004-05 og tallene for 2004 baserer seg på den. Det er imidlertid en allmenn oppfatning at det tallet som kom frem, altså vel 10 prosent, er for lavt. Det er for lavt fordi folk ikke har oversikt over hva de har betalt og har en tendens til både å glemme en del utgifter, og til ikke å ville oppgi alle utgifter; betalingene er jo ulovlige. Det er derfor ikke usannsynlig at den private finansieringsandelen nå nærmer seg 50 prosent i Ukraina. WHO's anslag for 2005 var på

52,8 prosent. CIS-gjennomsnittet for den offentlige andelen var i 2005 56,2 prosent. For EU var den 75,5 og for Norge 83,5 prosent.

Frivillig, privat sykeforsikring spiller fortsatt en ubetydelig rolle i Ukraina; den står for knapt en halv prosent av den samlede finansiering av helsetjenester.

Generelt kan vi konstatere at med en så høy privat finansieringsandel som Ukraina nå har fått, altså nesten 50 prosent, må adgangen til helsetjenester, og spesielt til kvalitativt gode tjenester, være svært skjev i sosial forstand. Det betyr også at det ukrainske helsevesen bidrar til å skape ikke bare sosial og økonomisk ulikhet, men til å øke fattigdommen, endog den ekstreme fattigdom.

Rettferdighetssituasjonen: Ulikhetene.

Det finnes ikke undersøkelser som gir et godt bilde av hvordan det store innslaget av privat betaling skaper ulikheter. En undersøkelse viser at omlag 18,5 % av innbyggere ikke mottar virkelig nødvendig medisinsk behandling (Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007).

Mer impresjonistiske rapporter viser at det i første rekke er innbyggere med lav inntekt i byene og rurale innbyggere mer generelt, som underforbruker eller ikke forbruker medisinske tjenester de har behov for.

Verdensbanken karakteriserer det ukrainske finansieringssystemet som svært regressivt, så regressivt at det er en viktig kilde til fattigdomsspredning; men i dette henseende adskiller ikke Ukraina seg spesielt fra de fleste andre CIS-land, Russland inkludert (Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007).

Rettferdighetssituasjonen og utformingen av finansieringssystemet

Det er ikke bare den store andelen av privatbetaling som skaper ulikheter i tilgangen på helsetjenester. Utformingen av det offentlige finansieringssystemet gjør at selv de

begrensede offentlige midler som bevilges til helsetjenester, utnyttes effektivt. Den betydelige grad av desentralisering og fragmentering av den finansielle struktur gjør galt verre. Penger brukes ufornuftig. Som jeg har nevnt startet det på toppen – den offentlige finansieringen er ovenfra-og-ned-preget, ved at pengestrømmen ble delt mellom mange departementer (ministerier). Helsedepartementet får (2008) noe over halvparten, 58 prosent. Resten av pengene fordeles på en rekke andre departementer, 6,4 prosent går til Transport- og kommunikasjonsdepartementet, 6,8 prosent til Forsvarsdepartementet, 11 prosent til det medisinske vitenskapsakademi og 11,2 prosent til flere andre departementer. De ”andre” pengene gikk i stor grad til de ”parallele” helsevesener. Selv om det gjøres forsøk på å samordne ressursbruken er samordningsresultatet magert. Problemene (med samordningen av ressursbruken) forsterkes ”nede” i systemene ved at publikum ikke holder seg til ”sine” helsevesener. Alle bruker de ”særsystemer” de er knyttet til, men går også til det generelle helsevesens institusjoner når de synes det er mer hensiktsmessig. Det finnes ingen oversikt over denne ”kryssbruken” av de parallelle helsevesenene. Det er vanskelig å antyde noe om hvor stort effektivitetstapet av delingen på toppen og ”kryssbruken” ute i helsevesenene er, men det er nok betydelig. En ny nasjonal helseplan fra 2010 skulle skape en større grad av samordning av ressursbruken i de parallelle helsevesenene, men har knapt gjort det.

Problemene er ikke bare knyttet til de parallelle helsevesener. Det er også i stor grad knyttet til måten pengene blir brukt nedover i ”hovedhelsevesenet” på. Det skyldes særlig at helsevesenet må konkurrere med andre sektorer på hvert nivå, fra topp til bunn, og at helsevesenet tradisjonelt har vært utsatt. De maktpregede sektorer, altså de militære, sikkerhetsmessige, økonomisk-industrielle og til dels infrastrukturelle sektorer, har gjerne fått prioritet. For å skjerme helsesektoren mest mulig er det laget nasjonale regler for hvordan pengene skal fordeles. De kom i 2001 og ble revidert i 2005. Etter de siste skal 35,4 prosent av inntektene på det regionale nivå gå til helseformål, på (by)kommune og (land)distriktsnivå skal 55,1 prosent gå til helseformål og på det laveste lokalnivå skal minst 23 prosent gå til helseformål. Procentsatsene gjelder for enhetenes samlede inntekter (og utgifter), altså både lokale inntekter og overføringer fra staten. Men reglene

følges ikke. Helsesektoren taper i spillet med andre sektorer og blir sittende med lavere andeler enn den "skulle" ha. Det har selvsagt direkte rettferdighetskonsekvenser, men "spillet" bidrar i seg selv til lav økonomisk forutsigbarhet for mange institusjoner og det igjen til at effektiviteten blir lavere enn den ellers kunne ha vært. Spillet foregår på alle nivåer, for så vidt også det øverste, det nivå som skulle passe på at helsesektoren får sine lovede andeler. Spillet på toppen fører til at helsesektoren ofte taper når de generelle budsjettmidler skal fordeles nedover; på dette nivå er dog ikke helsesektoren "lovet" en bestemt andel. Tradisjonelt har staten finansiert en del tiltak, bl.a. folkehelsetiltak, dyre medisiner, ambulanser og teknologi. I de senere år har budsjettdragkampen i staten ført til at statens direkte finansiering av medisinske tiltak og tilbud er blitt redusert. Også dette har bidratt til ineffektivitet og planleggingsproblemer på de utøvende nivåer, men også til at disse nivåer har fått nye utgifter.

Finansieringen av helsetjenester i Ukraina er fortsatt utpreget politisk basert, altså basert på leg-politisk skjønnsutøvelse og politisk dragkamp. Under Semashko-systemet var finansieringen også svært politiske bestemt, men da fra sentralt nivå. Etter uavhengigheten er politikken blitt mer fragmentert, på toppnivå, men også på lavere nivåer. Under Semashko-systemet var fordelingen forholdsvis forutsigbar. Fordelingen var basert på forrige års tildelinger, og dermed på forrige, forrige års tildelinger osv. Fordelingen var slik mer basert på fortidens politikk enn på dagens. I tillegg var den svært spesifisert; pengene ble gitt post for post, med liten mulighet for omposteringer. Det skapte forutsigbarhet, men lav effektivitet – både fordi pengebruken ble låst på en ofte uhensiktsmessig måte og fordi det umuliggjorde belønning av ekstra innsats og kvalitet. Nå spiller dagens skiftende maktforhold større rolle, og det føyer uforutsigbarhet til rigiditeten, og fører kanskje til enda mer ineffektivitet enn under det gamle regime. Siden helseformål gjerne taper mer på lavere enn på høyere nivåer, fører det for eksempel til at pasienter blir behandlet på et stort sykehus selv om de kunne vært behandlet på en mindre og rimeligere. I noen grad fører det også til at de som skal behandles på store sykehus kanskje ikke slipper til raskt nok. Generelt går denne uklarheten i forholdet mellom nivåene til dårligere pasientflyt (Yarosh 2001).

Det ukrainske helsevesen er fortsatt preget av Semashko-systemet også i den forstand at bevilgningene er driftsrettet. Bevilgninger til utstyr og anleggsmidler kommer utenom. Den vanskelige økonomiske situasjonen etter uavhengigheten, og særlig etter krisen i slutten av 90-årene, har gjort at bevilgningene til utstyr og anlegg er blitt hengende etter og at de fysiske ressurser i ukrainsk helsevesen nå preges av nedslittethet. Det har hjulpet noe, men ikke nok, at den gamle overkapasiteten på sykehussenger er blitt redusert, særlig siden krisen i 1998.

Personalavlønningens betydning for effektivitet, kvalitet og rettferdighet.

Avlønningssystemet for det kliniske personell bidrar også til å skape både ineffektivitet og en sosialt skjev fordeling av helsetjenester. Vi har sett at de budsjetter som kommer ”ovenfra” er tradisjonelle, postspesifiserte budsjetter. Som en del av denne måten å budsjettere på, er personellet i hovedsak avlønnet etter faste regulativer. De ulike grupper er avlønnet i ulike klasser (fire), basert på kvalifikasjoner og arbeidstid. Det er en viss, men ikke stor, adgang til bonusbetaling. Bonusbetalingen skal knyttes til arbeidstidslengde og innsats (kvalitet), men gjør bare i noen grad det. Ofte spiller ”smisking” og ”forbindelser” en rolle. Slik svekkes mye av muligheten som ligger i bonusbetalingen for å stimulere til ekstra, og ekstra god, innsats. Istedenfor å virke klinisk innsatsfremmende virker slik bonusordningen i noen grad til å skape en halvt korrumpert kultur. At personellet, heller ikke legene, ikke har juridisk klare arbeidsavtaler bidrar ytterligere til å befeste ”smiske-” og ”forbindelseskulturen”.

Lønnsandelen av de offentlige helseutgiftene (i ”hovedhelsevesenet”) var i 2008 på 70,8 prosent, og har holdt seg på det nivået i flere år. Allikevel er helsepersonellet gjennomgående svært lavt lønnet, også etter ukrainsk målestokk. I 2006 var månedslønnen for leger, i gjennomsnitt, 178,5 dollar, for personellet på neste nivå (pleiere og andre) var gjennomsnittsmånedslønnen 120,9 dollar og for dem som tjente minst var den på 100,5 dollar. Dyktige leger kunne i 2008 tjene ca. 300 dollar pr. måned, bonus medregnet. Generelt er lønnsnivået i helsevesenet 1,7 ganger lavere enn i industrien og 1,

2 ganger lavere enn i det andre store vesen som yter personlige tjenester – og (derfor) er lavt avlønnet – utdannelsesvesenet.

De forholdsvis lave formelle lønningene har bidratt til fremveksten av det uformelle, og ulovlige, betalingssystemet. Også i sovjettiden spilte uformell belønning en rolle, men nokså liten. På landet kunne legene få landbruksvarer, i byene gjerne sjokolade. Systemet med pengegaver vokste for alvor frem etter sovjetsystemets sammenbrudd. I dag antas det at den uformelle betalingen i gjennomsnitt representerer ca. 20 prosent av legenes inntekter (HiT Report, Ukraine, 45-46).

Svingningene er imidlertid store. Mest får, eller krever, legene ved de store bysykehusene. Myndighetene kan fra tiden til annen sterkt kritisere det de omtaler som korrupsjon, men gjør ikke mye konkret for å begrense den. De vet at den i stor grad skyldes de lave helsebevilgningene.

De lave lønningene gjør at en del, særlig yngre leger, forlater helsevesenet og tar arbeid i andre sektorer, eller emigrerer til andre, særlig (vest) europeiske, land. Ukraina har slik problemer som minner om dem man i enda større omfang finner i land i den tredje verden, særlig i Afrika sør for Sahara, selv om Ukraina fortsatt ikke har den type legemangel som de enda fattigere landene har.

Finansieringssystemet skaper altså både urettferdighet og ineffektivitet. Siden uavhengigheten har spesielt rettferdighetsproblemet tiltatt. Antagelig har også i noen grad effektivitetsproblemene tiltatt, særlig på grunn av den ”udynamiske” måten tjenestene blir finansiert på og den måten helsepersonellet har tilpasset seg underbetalingen på. Det har i de senere år i enkelte oblaster vært eksperimentert med ”vestlige” finansieringsformer som rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering, ofte med vestlig støtte, men uten at det så langt har fått systemiske konsekvenser (Lekhan, Rudy, Shishkin 2007, 33).

2. Svikten i helsevesenets struktur

Helsevesenet i Ukraina svikter strukturelt på mange måter. Det fører særlig til lav effektivitet, men bidrar (derfor) også til fordelingsproblemene. Jeg skal i det følgende se på de viktigste av de strukturelle problemene.

I Ukraina er det ingen klar inndeling mellom primære og sekundære tjenester

Formelt blir gjerne alle tjenester som blir ytt i poliklinikkene definert som primærtjenester. Ved poliklinikkene arbeider det imidlertid i tillegg til familielegene/primærlegene, etter primærhelsetjenestereformen i 2000, også de tidligere distriktsinternister og barneleger, samt flere andre spesialister. Mange pasienter oppsøker spesialistene direkte; de kan fritt ”henviser” seg selv. Men hva mer er, de kan også henviser seg til spesialister ved både mindre og større sykehus. ”Henvisningene” går gjerne også frem og tilbake, i mer eller mindre uoversiktlige sløyfer.

Det er derfor det i HiT-rapporten fra 2010 heter: “Patient pathways in Ukraine can be characterized as chaotic and uncontrolled and often they do not correspond with the gravity and course of the disease” (HiT Report, Ukraine, 2010, 121)

Etter reformen i 2000 var andelen primærleger som kalles familieleger/allmennpraktikere i 2009 på ca. 30 prosent. Knappt 36 prosent av befolkningen fikk hjelp fra familielegene/allmennlegene; 78 prosent på landet, 17 prosent i byene (6 prosent i Kiev) (HiT, 2010, 151).

De nye primærlegene skulle være en slags portvakter og styre pasientbevegelsene oppover i helsevesenet, men har altså ikke fungert slik. I noen grad er innføringen av det nye primærlegesystemet mer et spørsmål om navneendring enn om en innholdsendring.

Selv om primærhelsetjenesten i Ukraina er territorielt basert, gjør altså pasientfriheten at ingen faglig instans har oversikt, eller kontroll, over pasientenes bevegelse i og gjennom behandlingssystemet. Pasientene, eller deres pårørende (barn), er selv kontrollører og

styrere av sine bevegelser som pasienter. Siden de ofte mangler kompetanse til å spille den rollen, har de en tendens til å overhenvise seg til spesialister, men siden spesialistene sjelden tar et mer helhetlig ansvar for pasientene, blir både tjenestene hver for seg, og de kliniske forløp ("pathways") ofte både faglig inoptimale og unødig ressursforbrukende.

Etter offisiell ukrainsk statistikk yter 56,2 % av primærhelseinstitusjonene hovedsakelig primærhelsetjenester. Det dreier seg særlig om rurale og urbane medisinske poliklinikker og polikliniske avdelinger i landdistrikter. Etter den samme statistikk yter 28,1 % av alle kliniske institusjoner både primære og sekundære tjenester. Det gjelder klinikker, polikliniske avdelinger ved i sykehus for voksne og barn og polikliniske avdelinger ved sentrale sykehus (Senter for medisinsk statistikk i Ukraina, 2008).

Det er nesten en tredel - 29,5 % - av befolkningen som går direkte til – spesialister i poliklinikkene (om ikke hver gang); 16,9 % går direkte til spesialister i sykehus (om ikke hver gang). Det er beregnet, i den grad det lar seg gjøre, at 65,9 % av tilfellene blir behandlet på "galt" nivå, gitt pasientenes tilstand.. Det er på samme måte beregnet at 43,2 % av pasienttilfellene behandles på høyere nivå enn nødvendig.

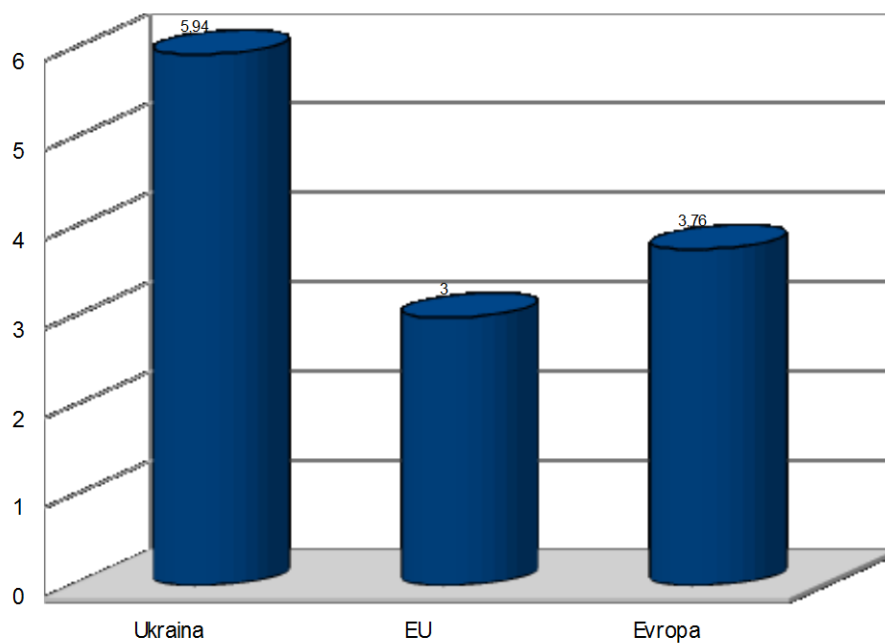
Det er for mange sykehus og for mange sykehussenger og for mye sykehusbehandling.

Antallet av sykehus er mer enn to ganger høyere enn i andre europeiskeland. Det er i stor grad en funksjon av den tradisjonelle oversatsing på sykehus fra sovjettiden, en tradisjon som nå også holdes ved like gjennom ordningen med at pasienter "henviser" seg selv. Ordningen skaper ikke bare dårlig samordning av behandlingen, og dermed unødig lav kvalitet, den fører også til sløsing med ressurser (figur 4).

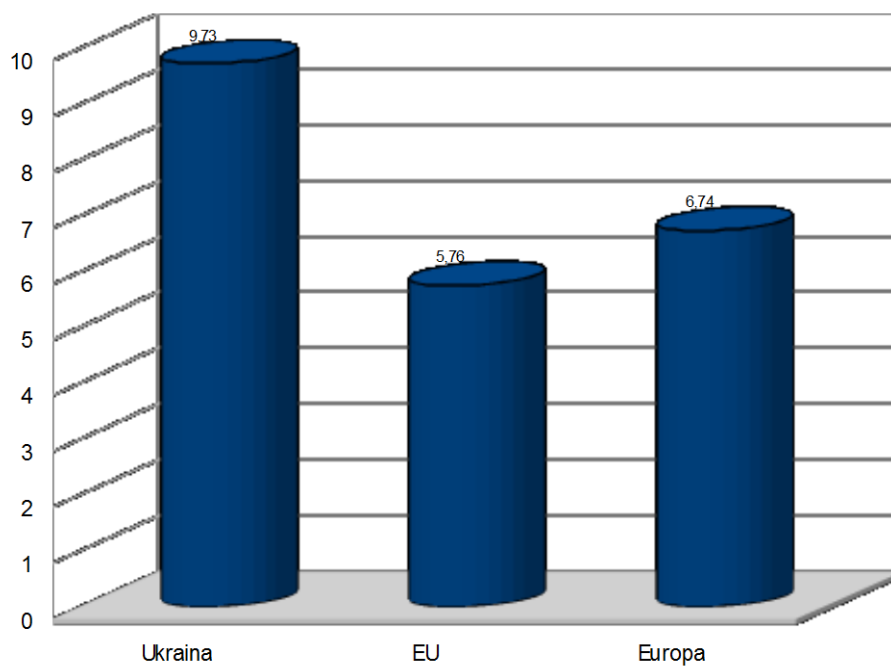
Ukraina har redusert sengetallet med nesten en tredjedel etter uavhengigheten. Allikevel er det altså fortsatt svært høy, med 9,73 senger pr. 10 000 innbyggere; det er 1,7 ganger høyere enn i EU-landene, og 1,4 ganger høyere enn i Europa generelt (Figur 5).

Figur 4. Sykehusnettverk og sykehussenger i Ukraina

Antall sykehus per 100 000 innbyggere



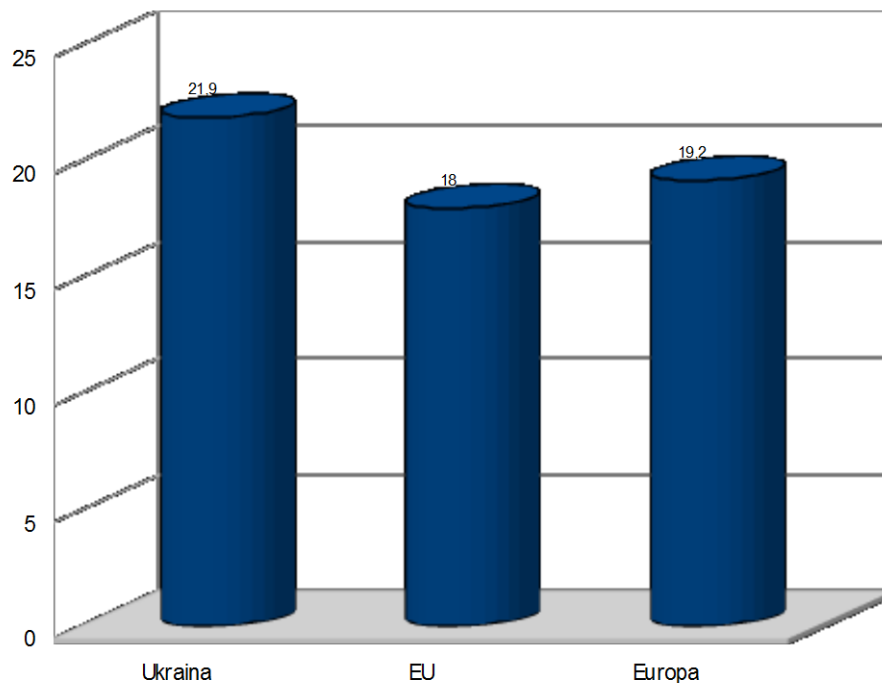
Figur 5. Antall sykehussenger per 10 000 innbyggere.



Senter for medisinsk statistikk i Ukraina, 2008

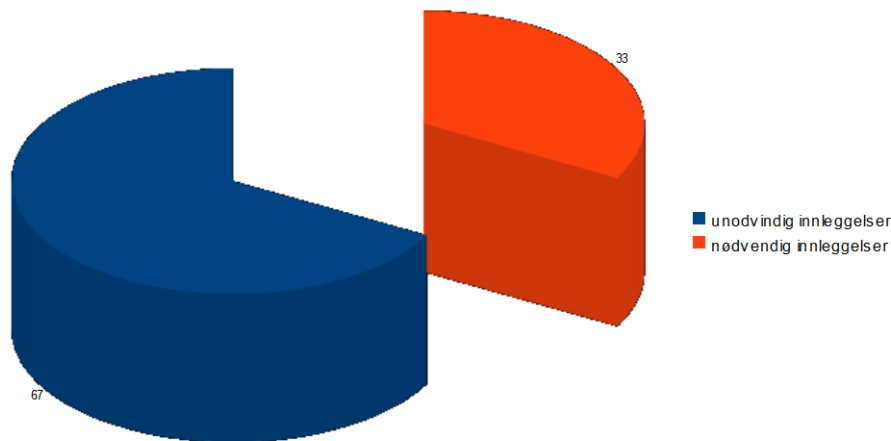
Senger er til for å brukes. Opprettes de, blir de brukt, som Milton Roemer's lov, sier. Overkapasiteten på senger blir slik også et økonomisk problem, i tillegg til at det fører til at mye behandling skjer på et faglig galt nivå (Tulchinsky, Varavykova 1999). Dette støttes av statistikken: Spesialisthelsetjenesten stod i 2008 for 21,9 % av de kliniske tjenester i Ukraina, mot 19,2 % i Europa generelt og 18,0 % i EU (Figur 6) (Den europeiske databasen 2008).

Figur 6. Hvor mye spesialisthelsetjenestene bruker.



Bruk av spesialisthelsetjenester på alle nivå i helsetjenesten, %

Fra 67 % av pasientinnleggelsene i Ukraina anses som unødvendige, den blå delen: "Unødvendige innleggelser" (Figur 7). Til den røde delen: "Nødvendige innleggelser"- 33% (Lekhan, Kryachkova, Volchek 2008, 44-52; Podolyaka 2008, 36). Eksempel på unødvendig behandling: Pasienten ligger på sykehus i 20 dager, men kunne vært ferdig behandlet på 8-10 dager, med videre oppfølging/behandling på poliklinikk.



Figur 7. Nødvendig og unødvendig pasientinnleggelser i Ukraina

Overdreven sykehusspesialisering

Spesialisthelsetjenester tilbys ved et bredt spekter av institusjoner. Ambulante spesialisthelsetjenester tilbys ved generelle frittstående poliklinikker, ved sykehuspoliklinikker på alle spesialiseringsnivåer og ellers ved mer spesielle poliklinikker, for eksempel for kvinner og barn, for pasienter med bestemte infeksjonssykdommer, inkludert HIV/AIDS og tuberkulose, og for personer med ulike former for kjemisk avhengighet. Spesialisttjenester for innlagte pasienter tilbys på institusjoner på alle nivåer av spesialisering. Institusjonene er i hovedsak organisert på tre nivåer. På laveste nivå har man distriktssykehusene. De har ca. 3,5 prosent av alle sengene, men i gjennomsnitt bare 16 senger. De utfører behandling som i andre land ville blitt behandlet uten innleggelse, som rehabilitering, oppfølging av behandling startet ved mer avanserte sykehus og en del obstetrisk omsorg. På nivå nr. to finner man kommunale (by)sykehus og sentralsykehus (i rayoner). De har gjennomsnittlig 190 og 230 senger og står for ca. 70 prosent av sykehussengekapasiteten i Ukraina. Disse sykehusene har fra ni til 12 spesialitetsområder. På dette nivået er det også spesialsykehus, i distriktene gjerne for sosialt viktige sykdommer, særlig alvorlige infeksjonssykdommer, mentale lidelser og

noen endokrine lidelser, i de større byer særlig for infeksjonssykdommer og for fødsler (kvinneklinikker). På nivå nr. tre finner man de svært spesialiserte sykehusene. De er regionale, overregionale og nasjonale, og står for ca. 25 prosent av sengene ved sykehus i Ukraina. De nasjonale sykehus er gjerne knyttet til nasjonale forskningsinstitutter.

Som det har fremgått av presentasjonen ovenfor fordeles ikke pasientene på noen ”rasjonell” måte mellom nivåene. Gjennomgående behandles pasientene for tidlig på for høyt nivå. Det antas således at vel en tredjedel av de pasienter som behandles på øverste nivå burde vært behandlet på nivå nr. to. Lignende situasjon finner man på de lavere nivåer, slik at de som legges inn på laveste nivå i stor grad burde vært behandlet ambulant (Kfr. HiT Report, Ukraina, 2004, 72).

Tallene som er gjengitt ovenfor er noe foreldet (ca. 2001-2004), men allikevel delvis representative for den nyere situasjonen.

Det bør nevnes at overforbruket av spesialiserte tjenester, med bruk av senger, ikke bare er et problem fordi det fører til ressurssløsing, men også fordi det, som jeg har nevnt, gjør at ingen medisinsk instans har skikkelig oversikt over pasientenes skjebne i den ”medisinske runddans” og fordi det at behandling starter på for spesialisert nivå i mange tilfeller fører til at ”andre”, ”spesialitetsirrelevante” lidelser ikke, eller unødig, eller for sent, oppdages.

Mangel på differensiering av sykehusinnleggelser avhengig av intensiteten i behandling

Behandlingen ved sykehus er lite differensiert etter hvor intens, og hva slags, behandling pasienter skal ha. Således kan samme sengeplass brukes av dem som får intensiv residivforebyggende behandling og dem som får medisinsk og sosial støtte i den terminale fasen av livet, selv om altså behandlingen i de to typer tilfeller. Krever bruk av ulik teknologi og ulik organisering i så vel den undersøkende som behandlende del av prosessen. Dette er selvsagt verken medisinsk eller økonomisk hensiktsmessig. Det er

antatt at til allmenne sykehus, hvor innleggelsen betraktes som nødvendig, fordeler pasientene seg slik etter behov for behandling: 62,8 % krever intensiv akutt behandling, 23,3 % krever planlagt behandling av ulike grad av intensivitet, 8,9 % krever først og fremst medisinsk og sosial støtte og 1,8 % krever intensiv forebyggende behandling (Yarosh 2001).

Eksistensen av parallelle systemer av behandlingsinstitusjoner som styres ulikt

Jeg har tidligere nevnt at de offentlige sykehusene ikke bare eies og styres fra ulike nivåer i det politisk-territorielle system, men også at der eksisterer mer eller mindre parallelle behandlingssystemer, gjerne med ulike departementer som utgangspunkt. Denne situasjonen bidrar til å forverre de problemer med styring av pasientforløpene som vi har omtalt i det foregående.

Høyt slitasje, foreldelse av anleggsmidler i statlige og kommunale helsesentre.

Det er anslått at andelen av utstyr og bygninger som er alvorlig nedslitt, og utdatert, i 2007 utgjorde 60-70 %. En stor andel av utstyrer har vært i bruk i 20-25 år, eller 2-3 ganger lenger enn hva som anses som forsvarlig. Det hører med til utstyrsproblemet, eller – krisen, at ca. halvparten av sykehusene på nivå nr. to ikke har utstyr, og til dels heller ikke kompetanse, til å gi intensivbehandling.

Vi kan altså trygt konkludere med at det ukrainske helsevesen har alvorlige strukturelle og utstyrmessige problemer, og at det går ut over tjenestenes medisinske kvalitet og fører til ressurssløseri.

3. Svikten i tjenestenes kvalitet

Kvalitetspolitikken i det ukrainske helsevesen er bygd ut siden slutten av 1990-årene. Den er særlig preget av to typer tiltak, akkreditering/lisensiering – på det institusjonelle plan, og kliniske protokoller/retningslinjer – på det kliniske plan. I tillegg kommer kontrollen med legemidlene.

Hva det første gjelder, ble det bestemt at alle helseinstitusjoner, uavhengig av eierskap, fra 1999 skulle ha obligatorisk akkreditering, med fornyelse av akkrediteringen hvert tredje år. Etter loven av 2001 om lisensiering, er lisensiering bindende for den som vil drive medisinsk praksis, uavhengig av innen hvilken institusjonell sammenheng praksisen drives. Det hører med til bildet at leger må resertifiseres hvert femte år. I 2005 sluttet Ukraina seg til Bologna-deklarasjonen når det gjelder medisinsk utdanning.

Det er 27 akkrediteringskommisjoner, basert i regionene og de store byer. Kommisjonenes medlemmer kommer alle fra myndighetsorganer. De har altså ikke pasientrepresentanter. Det er de enkelte institusjoner som kontrollerer at lisensbestemmelsene er tilfredsstillt. Ukraina har således intet sentralt register over leger og annet helsepersonell.

Hva det annet, standardiseringen, gjelder, kom tiltak i gang helt i slutten av 1990-årene og er siden gradvis utvidet til å gjelde stadig flere tilstander og behandlingsformer. Det utvikles kliniske protokoller, men basert på konsensusvurderinger blant ukrainske eksperter, ikke på internasjonale, evidensbaserte retningslinjer.

Hva det tredje, legemiddelkontrollen, angår, er den regulert gjennom legemiddeloven av 1996. Loven regulerer både utviklingen, registreringen, produksjonen, omsetningen og bruken av legemidler, og gjelder både kvalitet og pris. To statlige organer har ansvaret for legemiddelkontrollen, Statens farmakologiske senter og Statens farmasøytiske

kvalitetskontrollinspektorat. Det første organet har ansvar for markedsautorisasjonen (registrering, lisensiering av legemidler), den kvalitetskontroll som skjer før markedsføringen, overvåkingen av bivirkninger (basert på meldinger fra leger) og rasjonaliteten i bruken av legemidler. Dette organet finansieres av avgifter betalt av produsentene av legemidler. Inspektoratet er ansvarlig for kvalitetskontrollen i det legemidlene er på markedet og har et nettverk av laboratorier rundt om i landet til hjelp for det formålet. Det fører kontroll med at (de innenlandske) produsentene følger de internasjonale retningslinjene for "Good manufacturing practice" (GMP), inspiserer apotekene og andre forhandlere av legemidler og er ansvarlig for lisensieringen av produksjon, distribusjon og detaljistsalg (HiT Report 2010, 88-89).

Spesielt akkrediteringspolitikken hadde en viss virkning i starten. Etter hvert er både denne politikken og resten av kvalitetssikringspolitikken blitt nokså kraft- og virkningsløs. Den fremstår mer og mer som formelle bestemmelser, som en form for offentlig hykleri. Akkrediteringen av institusjoner er blitt en formalitet; bestemmelsene for den følges ikke opp. I en viss grad gjelder det også kontrollen med utdannelsen og kandidatenes kompetanse. Skulle bestemmelsene i kvalitetspolitikken blitt fulgt opp, ville det gått altfor hardt utover både institusjoner og helsepersonell. Ukraina har ikke råd til å ta kvalitetspolitikken virkelig alvorlig. Samtidig betyr fraværet av en seriøs akkrediteringspolitikk at både institusjoner og personell verken føler at godkjennelse er noe incitament til å strekke seg eller at trussel om tap av akkreditering hvis de ikke holder god kvalitet er noe å bry seg om. Slik oppstår det onde kvalitetssirkler.

Selv om standardiseringsprosessen kom i gang for mer enn ti år siden (1999-2008) for nesten alle medisinske spesialiteter, i form av kliniske protokoller, er det fortsatt mange leger som ikke er kjent med protokollene. Mange av de leger som kjenner til standardene bruker dem ikke i sitt arbeid. Således viser en undersøkelse at 80 prosent av alle anestesileger var kjent med de protokoller som var relevante for dem, men at bare 52 % - 63 % brukte dem i praksis (Knyazevich 2009, 39).

Behandlingsnivået i det ukrainske helsevesen er ganske lavt. Integralindeksen over

kvaliteten på behandlingen er på ca. 56 % (der 100 % representerer god kvalitet) for alle leger, ifølge ekspertestimer. Omfanget av inadekvat eller utilstrekkelig behandling for pasienter innlagt på sykehus har i en undersøkelse vist seg å ligge på mellom 40,1 og 83 % av alle pasienter (Volchek 2006, 100-103).

Også pasienttilfredshetsmålinger viser at et stort flertall av pasientene vurderer kvaliteten på de helsetjenester de får, som dårlig, og for så vidt også som for kostbar.

Når det gjelder legemidler er problemet like mye pris som kvalitet. Som vist ovenfor, er det i hovedsak pasientene, selv på sykehus, som dekker medikamentutgiftene. Siden kontrollen med omsetningsforholdene, inkludert prissettingen, er svak, fører dette til at farmasøyter på apotekene, men også leger ved sykehusene, erstatter billigere med dyrere medisiner. Av og til fører det til faglig uheldig legemiddelbruk. Dette ser også ut til å være et økende problem, og en viktig grunn til økningen i utgiftene til medikamenter.

Sykehusenes innkjøp av medikamenter skal følge anbudsregler, men det skjer ikke alltid, og i mange tilfeller blir prisene høyere enn de kunne ha blitt. Til dels er også innkjøpene ”skjeve”; det kjøpes medikamenter i et større omfang enn det er behov for eller det kjøpes ”gale” medikamenter. Et betydelig, og voksende, problem er forfalskede medisiner. Ifølge WHO er 20 % av alle legemidler som selges i Ukraina forfalskede. De fleste falske medisiner er lokalt produserte legemidler; Ukraina har en betydelig farmasøytisk industri, den største i de tidligere sovjetstatene.

VII. REFORMER I HELSEVESENET: NOEN FORSLAG

I de senere årene er behovet for reformer i helsevesenet blitt tatt mer alvorlig. Et uttrykk for det er den nasjonale helseplanen for 2008-2010, en plan som blant annet introduserte ordningen med familiemedisin. Planen ble godkjent av nasjonalforsamlingen, Verkhovna Rada. Men fortsatt gjenstår det mye før man kan tale om en reell reform.

Og, som vi har sett, en reell reform er det behov for i det ukrainske helsevesen. Det er behov, først og fremst for en effektivisering. En slik kreves for at det skal bli ressurser både til kvalitetsforbedring og til større grad av rettferdighet, altså en mer allmenn tilgang på helsetjenester.

I det følgende skal jeg drøfte hvordan man kan få realisert slike formål. Jeg skal gjøre det under disse overskriftene:

1. Effektivisering.
2. Kvalitetsutvikling.
3. Bedre tilgangen på medisiner
4. Innføring av sosial helseforsikring.
5. Ressurser – helsepersonell.
6. Innføring av profesjonell ledelse.

Jeg skal legge mest vekt på effektiviseringen, vidt forstått, og ta utgangspunkt i de planer som foreligger og som til dels forsøkes realisert. Planene finnes spesielt i den nevnte planen for utviklingen av helsevesenet i Ukraina for perioden 2008-2010. Den nye regjeringen, som tok fatt i januar 2010, har erklært at den står ved denne planen. Realiseringen av planen trekker dog ut. Det bør føyes til at planen også er preget av råd fra internasjonale instanser, i første rekke Verdensbanken, EU-kommisjonen og den svenske Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (SIDA) (Lekhan, Slabkii, Shevchenko 2009).

1. Effektivisering.

Det ukrainske helsevesen trenger en grundig strukturreform for å bli mer effektivt. Jeg skal omtale reformforslagene etter nivå. Forslagene er preget av at nivåene adskilles på en tydeligere måte. Det er også en forutsetning at helsetjenestene (i større grad) samles under ett regime, altså under det nasjonale helseministerium, og altså at de separate helsevesener under andre ministerier slås sammen med helseministeriets.

Det primære nivå

Etter planen skal primærnivået styres faglig og dessuten få en portnerfunksjon (bli ”gatekeeper”). Faglig skal primærnivået baseres på ideen om familiemedisin, eller allmennpraksis, altså på en form for fastlegeordning. Publikum (pasientene) skal ha fritt legevalg. Ordningen skal innføres gradvis, men hvor raskt den kan realiseres, avhenger av hvor raskt bevilgningene øker.

Poliklinikkene på landsbygda skal utgjøre nettverk av (samarbeidende) behandlingssteder. I planene er det åpnet for at de gamle feldsher/obstetrikstasjonene (FAP) kan få fortsette å fungere en tid. De utfører enklere helsearbeid, men har ikke medisinsk kvalifisert personell.

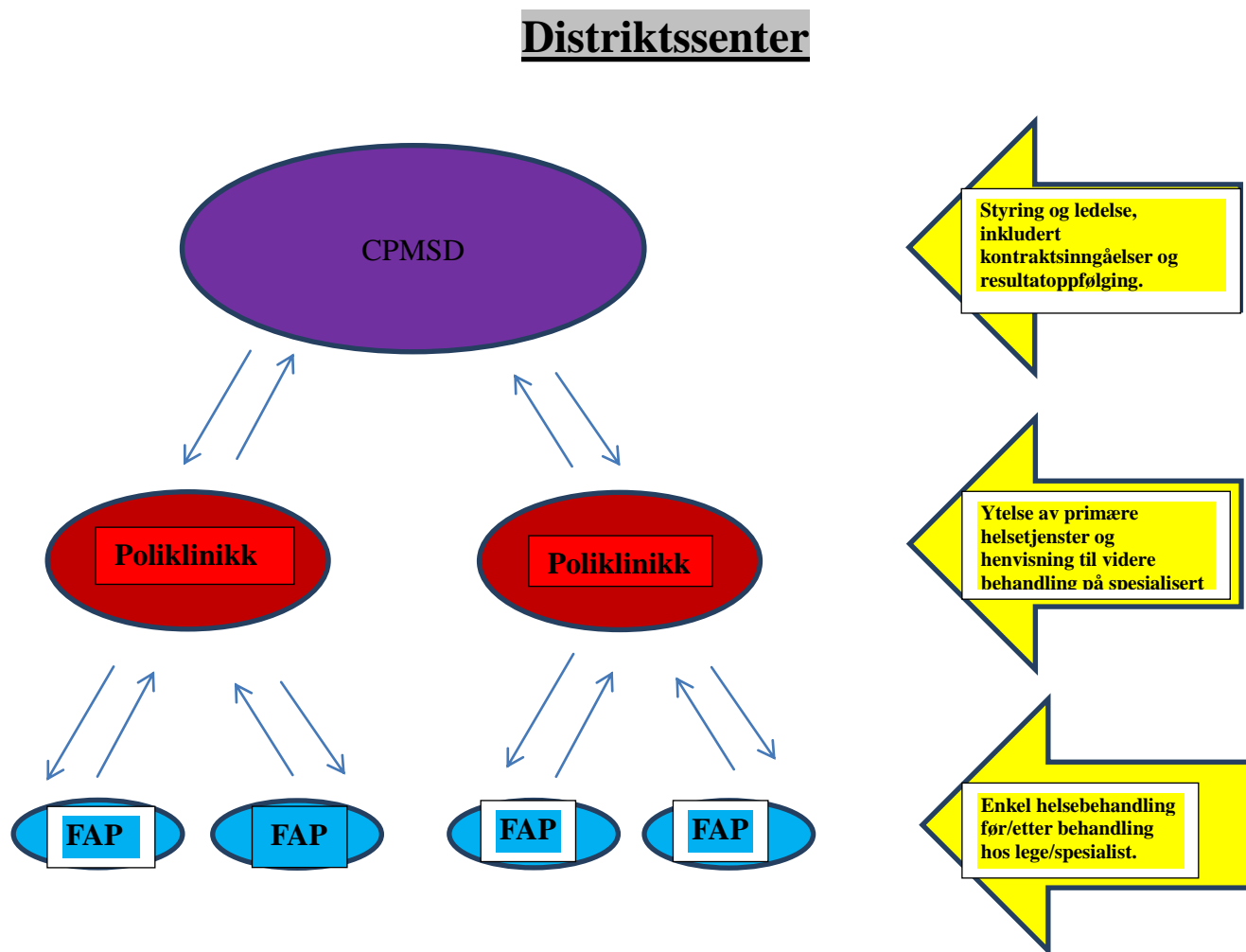
I urbane områder skal det skje en omorganisering og nyorientering av klinikker og polikliniske avdelinger på sykehus. Det skal åpnes nye institusjoner slik at folks reiseavstand til dem blir mindre.

Styrings- og ledelsesstrukturen skal også forandres. Det følger av introduksjonen av et mer mål- og resultatbasert regime. På toppen av distriktshelsetjenestene skal det, for dette formål, etableres administrative sentre for primærhelsetjenester (CPMSD). Et senter for primærhelsetjenester (CPMSD) skal omfatte poliklinikker og FAP. De er ansvarlige for at primærtjenester og førstehjelp tilbys til et landsbyområde eller en by(del) med befolkning fra 30 000 til 100 000 innbyggere; kfr. figur 8.

CPMSD-ene har disse oppgaver:

- Inngå avtaler med det personell som skal yte primærhelsetjenester og førstehjelp.
- Planlegge utviklingen av primærhelsetjenesten i området.
- Koordinere virksomheten innen det område CPMSD er ansvarlig for.
- Drive kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling av de tjenester som tilbys innen senterets område.
- Føre regnskap og rapportere videre oppover.
- Drive økonomistyring.
- Fastsette de økonomiske betingelser for senterets ansatte og kontraktspartnere og sørge for utbetaling av lønn og godtgjørelser.

Figur 8. Eksempel på organisering av primærhelsetjenesten på distriktsnivå



Det sekundære nivå

På sekundærnivå skal det i hovedsak være tre typer medisinske tilbud, tilbud om intensivbehandling, tilbud om planlagt behandling og tilbud om rehabilitering. I tillegg kommer tilbud om hospice-tjeneste og om sosialmedisinsk hjelp. Tjenestene skal tilbys i ulike typer institusjoner. Det forutsettes derfor at de er så klart definert at man unngår revirstrid og dublering av tjenesteytelsen.

De ulike institusjoner, institusjoner som både er kommet og som etter planen skal komme, kan kort karakteriseres slik:

De tverrfaglige sykehus for intensiv behandling gir fulldøgnsopphold med medisinsk behandling for pasienter med akutte tilstander, pasienter som krever akutt behandling og høyt omsorgsnivå (f.eks. pasienter med hjerteinfarkt, hjerneslag, akutte blødninger, etc.). Slike sykehus krever store ressurser, særlig fordi personalbehovet er stort og fordi de bruker spesialisert og dyrt diagnostisk og terapeutisk utstyr.

Institusjoner for pasienter med planlagt behandling tar seg av pasienter som krever behandling for det meste av spekteret av kroniske sykdommer.

Institusjoner for rehabilitering. Disse både yter rehabiliteringshjelp til mennesker som, på grunn av sykdom eller skade, har fått mer eller mindre alvorlige funksjonshemninger og yter tjenester for å forebygge funksjonshemninger. Disse institusjonene blir stadig mer utstyrsavhengige. De preges også i stor grad av personale med fysioterapeutisk og lignende kompetanse.

Hospices. Hospices er institusjoner for alvorlig kronisk syke eller døende pasienter. Behandling på hospice kjennetegnes av at den hverken tar sikte på å fremskynde eller utsette døden, men derimot på å avhjelpe behov og problemer både av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter som oppstår i livets siste fase.

Institusjoner som gir sosialmedisinsk hjelp. Dette er institusjoner som gir omsorg og lindrende behandling til kronisk syke pasienter. Deres omsorg er for det meste pleiemessig. De yter ikke diagnostiske og terapeutiske tjenester. De er i hovedsak bemannet og ledet av sykepleiere.

Hovedrollen på sekundært nivå vil de tverrfaglige akuttssykehus ha. Den rollen vil de også

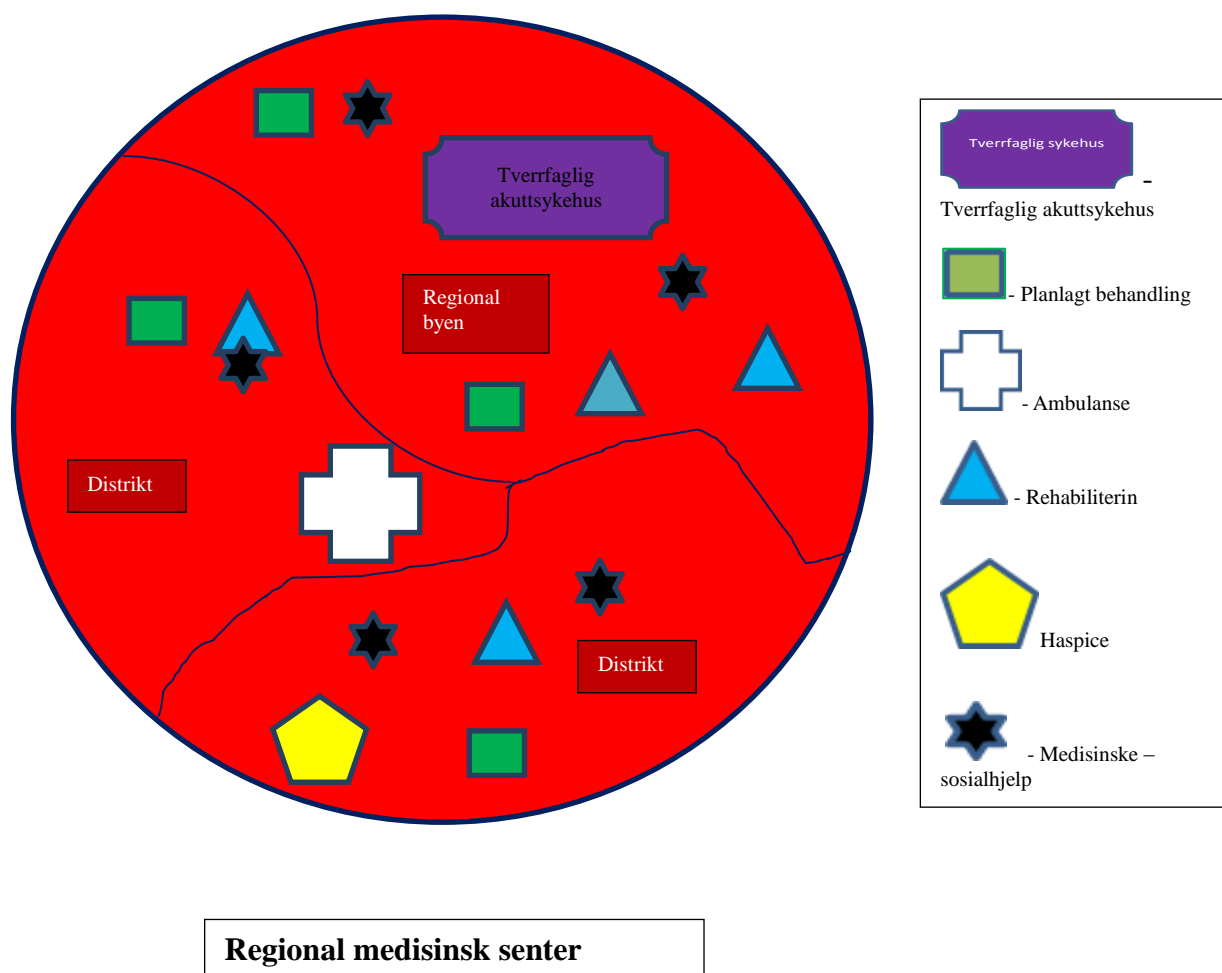
ha i fremtiden Disse sykehus omfatter i dag 90 % av alle sykehus. Men for at de skal fungere etter planen, må de behandle minst 100-200 000 innbyggere hver og utføre ikke mindre enn 3 000 kirurgiske inngrep og ha ikke mindre enn 400 fødsler per år.

Etablering av slike akuttsykehus krever at mindre sykehus legges ned, og det krever igjen at større geografiske områder må gå sammen om akuttsykehus, og enten lar noen sykehus bli større eller, inntil videre, slår sykehus sammen på tvers av geografien. Hva man gjør, vil avhenge av både befolkningens fordeling, avstander og transporttid og tilgang på økonomiske ressurser. Slik sett vil den ideelle planen og distriktspolitikken måtte avveies i forhold til hverandre. Det bør legges til at det er meningen å integrere de tidligere spesialsykehus i de ”nye” akuttsykehus.

Som en styrings- og ledelsesmessig overbygning på sekundært nivå kommer de **regionaladministrative medisinske sentre**. I

Figur 9 er sekundærnivåets styrings- og tjenestestruktur illustrert. I tabell 5 er det gitt en oversikt over de ulike institusjoners oppgaver. Det bør nevnes at når det ikke haster, skal de diagnostiske undersøkelser finne sted enten i poliklinikkene på primærnivå eller ved poliklinikkene ved sykehusene som driver, eller skal drive, planlagt behandling.

Figur 9. Reorganiseringen av det ukrainske helsevesen på sekundærnivået.



Tabell 5. - Oppgavestrukturen ved de tre typer sykehus

Tverrfaglig sykehus for intensiv behandling	Institusjoner for pasienter med planlagt behandling	Institusjoner for rehabilitering
Avdelinger		
Mottak med diagnostisk avdeling Intensivavdelinger Terapi Pediatri (i store byer med befolkning på 500 000 befolkning og mer) (kan forbli uavhengige klinikker for barn) Nevrologi Hjerneslag Hjerteinfarkt Generell kirurgi Traumatologi Infeksjon Tuberkulose Fødsler Gynekologi Konsultasjon og poliklinikk (for 20 leger) Diagnostiske tjenester Avd. for dagbehandling	Terapi Pediatri Gynekologiske Poliklinikk med spesialister innen: terapi, pediatri, obstetikk og gynekologi, kirurgi, traumatologi, infeksjons sykdommer, nevrologi, psykiatri, dermatovenereologi, oftalmologi, otorhinolaryngology. Diagnostiske tjenester Avd. for dagbehandling	Rehabilitering for pasienter etter hjerneslag Rehabilitering for pasienter etter hjerteinfarkt Rehabilitering for pasienter med bevegelses- sykdommer Universell rehabilitering Hjelpetjenester: fysioterapi, mosjonsterapi, etc. Hjelpemiddelsentral

Pasientene skal ankomme de ulike institusjonene på sekundærnivå i følgende rekkefølge:

- til sykehus for å få intensiv behandling: ankomst med ambulansetransport eller selvstendig;
- til sykehus og poliklinikk for planlagt behandling: selvstendig, etter henvisning fra lege i institusjon på primærnivå;
- til institusjoner for rehabilitering: selvstendig, med henvisning fra primærlege eller spesialister ved akuttisykehus, eller fra spesialister på polikliniske avdelinger i sykehus for planlagt behandling eller fra leger i institusjoner på tertiærnivå i samarbeid med leger i institusjoner på primærnivå;
- til hospice og institusjoner som gir sosialmedisinsk hjelp: selvstendig eller transportert, med henvisning fra lege i behandlingsinstitusjoner på primærnivå.

De foreslåtte strukturendringer, altså sammenslåinger, på nivå to skal, etter de beregninger som er foretatt, føre til besparelser bare til intensivavdelinger på 27,4 %. I tillegg kommer at konsentrasjonen av virksomheten innen intensivhjelp vil forbedre kvaliteten, sannsynligvis betydelig, iallfall på litt lengre sikt, i første rekke ved at personalet får større erfaring (større pasientvolum pr. lege).

Når det gjelder de administrative oppgaver, er det særlig ventet besparelser på sekundærnivå. Det er vanskelig å beregne på forhånd hva besparelsene kan beløpe seg til. For å gjøre besparelsene størst mulig er det meningen å prøve ut ulike modeller i ulike regioner, før en bestemt modell innføres overalt.

Ambulansetjenesten

Det er mange problemer knyttet til ambulansetjenesten og akutthjelpen. Det største problemet er antagelig at akutthjelpen er uvant med mange av de oppgaver den nå skal ta seg av. Det gjelder ikke minst besøk til kronisk syke pasienter og onkologiske pasienter

som skal gis injeksjoner med bedøvelse. Det skaper også problemer at områdene er store og at ambulansene får lange ruter. Som en del av den planlagte reformen skal dette skje:

- Funksjoner skal fordeles mellom ambulansetjenesten og den akutte hjelpen på en bedre måte. Akutthjelp vil bli knyttet til behandlingen på primærnivå.
- Ambulansene skal ikke lenger gjøre besøk til onkologiske pasienter for å gi injeksjoner med bedøvelse og narkotiske stoffer. Institusjoner som tilbyr behandling på primærnivå skal få lisens til å gi sterke smertestillende midler og narkotiske stoffer.
- Ambulansetjenesten vil bli koblet til det regional-administrative medisinske senter. Antallet ambulansestasjoner vil bli tilpasset befolkningsstruktur og avstander i regionen, slik at tid som trengs for å komme til pasienten ikke blir mer enn på 10 til 20 minutter (på landet).
- Øyeblikkelig hjelp vil i hovedsak skje i regi av feltskjærer. De er trent i å bruke de relevante kliniske protokoller.

Det tertiære nivå

På tertiært nivå gis de mest spesialiserte, ofte høyteknologiske, tjenester. De gis, som nevnt tidligere, av regionale og flerregionale sykehus og klinikker (H/I), samt nasjonale forskningsinstitutter (SRI).

Etter planen skal de mest spesialiserte tjenester på regionalt nivå, ambulante som sengebaserte, samordnes gjennom egne universitetsklinikkstyrte helseregioner. Man skal slik få større grad av stordrift, en mer koordinert funksjonsfordeling og en mer ensartet, evidensbasert klinisk praksis. Finansieringen vil komme ovenfra, som bevilgninger, men være koblet til en resultatorientert styringsfilosofi. Man vil altså gå bort fra den gamle, strukturkonserverende ”line item”-budsjetteringen. Den vertikale samordning av pasientbehandlingen skal sikres gjennom henvisningssystemet. Henvisningsretten

oppover skal ligge på sekundært nivå, men innen regionen. Gjennom denne ordningen skal man også få en viss grad av resultatstyring nedenfra. De mer spesialiserte sykehus må tilpasse seg etterspørselen nedenfra, og i siste instans fra primærlegene.

SRI-klinikkene, som tar imot pasienter fra hele landet, styres fra det nasjonale helsedepartement. SRI-klinikkene får pasienter til behandling som er henvist fra regionale sykehus for å få den aller mest spesialiserte og teknologikrevende behandling. Samordningen nedenfra skal altså, når ordningen fungerer etter intensjonene, slik gå helt til ”topps”. Også disse klinikkene skal i stigende grad styres på en resultatorientert måte. Den medisinske forskning finner sted på tertiært nivå, både i de universitetsbaserte regionale klinikker og ved de nasjonale SRI-klinikkene. Det er også på dette nivå den mest avanserte og spesialiserte spesialistutdannelse skjer.

Vilkår for å gjennomføre strukturelle reformer i statlig sektor i helsevesenet.

Det er en del vilkår som må være oppfylt for at de ovennevnte, strukturelle effektiviseringsreformer kan bli gjennomført. Nedenfor nevnes de punktvis. I noen grad representerer de en oppsummering av det jeg har sagt ovenfor.

På primærhelsetjenestenivå:

- separasjon av det primære fra det sekundære nivå for ytelse av medisinsk tjenester,
- felles (samlet) disponering av alle finansielle ressursene på primærnivået i distriktene,
- fritt valg av primærlege og henvisningsmonopol oppover til spesialistnivå for denne legen

På sekundærhelsetjenestenivå:

- samordnet deponering av de finansielle ressurser på sekundært nivå – for å styrke

ledelsen av institusjonene på dette nivå og dermed for å effektivisere samordningen av sekundærnivåinstitusjonene;

- lokal styring – for å føre resultatstyringen helt ut og hindre at strukturreformene bare blir papirreformer

På tertiærhelsetjenestenivå:

- departemental tildeling av ”kvoter” til de ulike SRI-klinikker, for ytelse av høyt spesialiserte, teknologiavhengige, nasjonale medisinske tjenester.

På alle helsetjenestenivåer:

- gjennomgå og forbedre lisens- og akkrediteringskravene til helsepersonell og sørge for at de skjerpede kravene blir gjennomført i praksis
- overføring av kontroll over alle ressurser, fra primærhelsetjenestenivå til tertiærhelsetjenestenivå, til det siste nivået.

Alt dette forutsetter at det gjennomføres en rekke endringer i det eksisterende regelverk, men først og fremst i de grunnleggende lover for det ukrainske helsevesen. Det forutsetter også at det skjer viktige endringer i det ukrainske nasjonale budsjettssystem. Det er avhengig av Verkhovna Rada i Ukraina, altså nasjonalforsamlingen, om disse forutsetningene skal bli oppfylt.

Privat sektor

Den private sektors rolle i helsevesenet bør styrkes. Den private sektoren er fortsatt liten, men den har moderne diagnostisk og medisinsk teknologi. Planen er, gradvis, å likestille betingelsene for offentlige og private klinikker. Det betyr at offentlige klinikker kan henvise til private, og omvendt, når visse statlige medisinske standarder er oppfylt. Prispolitikken må også tilpasses ordningen. Spesiell oppmerksomhet skal opprettelsen av private allmennpraktiserende institusjoner få. De skal blant annet sikres nødvendige

lokaler og få adgang til å leie utstyr på gunstige vilkår.

"Horisontal" integrasjon

Vi har flere ganger nevnt at det skaper betydelige problemer at det er flere parallelle helsetjenester. I tillegg til den helseministeriet er ansvarlig for, har man blant annet egne militære, politimessige og industrielle helsetjenester. Dette skaper en dublisering av tjenestene, med betydelig effektivitetstap som konsekvens. Det er altså behov for å samle tjenestene i én, integrert tjeneste, under helseministeriet. Planene går også ut på det, som vi har nevnt. Det må imidlertid gjøres noen mindre unntak: Det er mest hensiktsmessig at en del medisinske kontroller, for eksempel av sjåførere, piloter og andre, skjer i regi av de ulike "andre" sektorenes organer.

Helseinstitusjonenes styringsstatus

I den vitenskapelige og politiske elite i Ukraina er det mange som mener at helseinstitusjonene ville kunne drive både faglig og økonomisk bedre hvis de fikk større grad av uavhengighet. De som mener dette ønsker at institusjonene skal gjøres om til statlige, regionale og lokale non-profit foretak, à la de britiske NHS trusts, eller de norske helseforetak.

De viktigste argumentene for å utvide institusjonenes autonomi er:

- 1) Det vil skape bedre muligheter for helseorganisasjoner til å drive en bærekraftig forvaltning, altså en forvaltning der all virksomhet ses i sammenheng, faglig og økonomisk, og over et forholdsvis langt tidsrom. Det vil blant annet innebære at man kan bruke avlønningen til å øke de ansattes produktivitet, at man kan bruke og vedlikeholde utstyret, den kostbare teknologien inkludert, på en mer hensiktsmessig måte, at sengeutnyttelsen kan bli bedre og at utnyttelsen av forbruksmateriell kan bli bedre. Større autonomi vil altså løse på ovenfra bestemte ordninger som ofte gjør det umulig å bruke de ulike ressurser på den

måten som lokalt passer best.

Det kan gjøre det mulig for institusjonene å skape konkurranse mellom produsenter av medisinske tjenester og medisinsk utstyr, noe som igjen kan gi både økonomiske besparelser og kvalitetsgevinster.

- 2) Skal større autonomi gi effektivitets- og evt. også kvalitetsgevinster, må imidlertid noen betingelser være oppfylt. Flere europeiske studier har vist at å gi større autonomi til sykehus uten forutgående restrukturering kan gjøre det vanskeligere å gjennomføre mange av de nevnte effektiviseringstiltakene. Det er slik fordi større autonomi for sykehus også i mange tilfeller gjør det lettere for dem som er imot endringer, spesielt nedleggelser av ineffektive institusjoner og avdelinger, å hindre slike. Det kan være både innflytelsesrike leger og lokale offentlige organer som spiller denne reformbremsende rolle (McKee 2002).

Europeiske eksperter, invitert av WHO til Ukraina for å vurdere reformer i helsevesenet, har advart om at stor grad av institusjonsautonomi i tider med økonomisk krise vil føre til en forverring av arbeidsforholdene for mange institusjoner. Autonomien vil virke som et nedskjæringstiltak. Det vil igjen føre til at den uformelle handelen med medisinske tjenester vil tilta. Slik vil ledelsens kontroll over institusjonene ytterligere svekkes (Sheiman, Shishkin 2009).

Hvis institusjonene gjøres om til mer selvstendige foretak, kan de også komme til å måtte betale skatt, noe de nå er fritatt for. Det kan ytterligere forverre deres økonomiske situasjon og forsterke de ovennevnte uheldige prosesser.

Inntil videre bør, av de grunner det her er pekt på, helseinstitusjonene fortsatt ha status som "budsjettinstitusjoner". Institusjonene bør ikke gis større økonomisk selvstendighet før den øvrige restrukturering av helsevesen har skjedd og før landet er kommet ut av den aktuelle finanskrise.

Siden helsevesenet har en sosial funksjon, og ikke (også) en avkastningsfunksjon, er det et spørsmål om betegnelsen foretak ("enterprise") bør brukes om dets institusjoner. Når institusjonene i større grad skal fristilles, bør det derfor komme bestemmelser i den nye

lovgivningen som klargjør deres status hva angår de formål de skal tjene.

Innføring av kontraktsmessige forhold ved anskaffelse av medisinske tjenester og nye metoder for finansiering i helsevesenet

Bruk av kontraktsordninger for å regulere forholdet mellom kunder og leverandører i helsevesenet, og andre moderne metoder for finansiering av helsetjenester, er sentrale strategier for å forbedre fordelingen og bruken av ressurser i helsevesenet (Saltman 2000, 432).

Man kan imidlertid ikke bare gå rett over fra den gamle, bevilgningsbaserte finansieringsmåten til den nye, kombinert resultatorienterte og kontraktsbaserte. Ennå en stund vil man mangle et datagrunnlag for å gjøre det. Kontraktene må derfor i første fase av overgangen være ramme- eller blokkpregede, hvor det i beste fall sies noe om volum. Gradvis vil man så kunne gå over til mer sofistikerte kontrakter, der bestillingene konkretiseres både hva gjelder volum, kvalitet og kostnadseffektivitet. At man må gå gradvis frem, reflekteres i forskrift nummer 4619 «Om offentlige innkjøp i helsesektoren», registrert 5.6.2009.

Når den nye, økonomisk baserte styringsmåten trer i kraft vil, og bør, den se om lag slik ut:

- *På primærnivå* vil man få en kombinasjon av fast rammebetaling, men med en viss øremerking av midler til bestemte, høyt prioriterte oppgaver (f.eks. vaksinasjon, screening-programmer, etc.);
- *På sekundærnivå* vil man for sykehus ha "globale" budsjetter, tilpasset tjenestevolum, tjenestenes tilbudsstruktur og tjenestenes spesialitetsnivå;
- *På tertiærnivå* vil man også ha "globale" budsjetter basert på volum, tjenestestruktur og tjenestenivå.

Det er altså meningen at styring gjennom «globale» budsjetter skal kombineres med mål-

og resultatstyring. Derfor vil den statistiske analysevirksomheten måtte trappes sterkt opp. Det er planen at den skal baseres på resultatrelevante tilbuds- og etterspørselsbaserte medisinske og økonomiske data fra de siste tre årene. Når budsjettene lages må det så også tas hensyn til institusjonenes kapasitet og kompetansenivå. Siden etterspørselen etter visse avanserte og kostbare typer behandling er langt større enn det det ukrainske helsevesen kan svare på, vil det i budsjettildelingene også måtte legges inn prioriteringskriterier og regler for køordning og ventetider. Det er imidlertid et stykke frem før rammebudsjettene kan bli virkelig sofistikerte.

Reformvirksomheten i helsevesenet i Ukraina blir ikke komplett uten grunnleggende endringer i avlønningen av det medisinske personalet. Først og fremst må det gis svar på to utfordringer:

- Avlønningen av leger og annet helsepersonell må økes betraktelig, om enn gradvis. Det er nødvendig for å øke respekten for den medisinske profesjon, med de kvalitetsimplikasjoner det har, og for å redusere den ødeleggende strøm av personell fra helsevesenet til andre sektorer og til utlandet.
- Avlønningen må gi personellet incentiver både til å effektivisere bruken av helsevesenets ressurser og til å øke kvaliteten på tjenestene.

Fremtidens avlønningssystem vil, er planen, og bør, bli basert på **to komponenter**, en fastlønnskomponent og en variabellønnskomponent. Den siste skal være basert på mest mulig presise kriterier for det utførte arbeids volum og kvalitet. Det er særlig gjennom den første komponenten at den viktige lønnshevingen må komme. Innsats- og kvalitetsforbedringen skal man i stor grad skape gjennom den andre komponenten.

Siden det ukrainske helsevesen nå skal legges om i en mer primærmedisinsk retning, er det nødvendig at fastlønnskomponenten økes spesielt mye for primærleger, men også at det kommer solide incentiver for å få opp innsatsen innen forebyggende arbeid og for å få primærlegene til å ta mer ansvar for pasientenes videre forløp i helsevesenet. Man kan, hva det siste angår, og med Norge som referanse, tale om ”samhandlingsincentiver”.

2. Kvalitetsutvikling

Kvalitet kan ikke bare ses på som et spørsmål om klinisk eksellens, vurdert etter resultater. Det er selvsagt først og fremst det. Men det er også noe mer. Den kliniske kvalitet må ses på som en av flere kvalitetskomponenter. Skal helsevesenet fungere kvalitativt godt, eller stadig bedre, må også de tjenester som skal støtte opp om den kliniske virksomhet være gode. Videre må pasientene føle seg tilfredse. Enn videre må helsetilstanden i samfunnet være god, og bli bedre, mål etter ulike kriterier, også fordelingsmessige. Men slik sett kan man også se på kvalitet som et samlemål for et samfunns utbytte av sitt helsevesen: Man maksimerer helsevesenets kvalitet ved også å bruke ressursene helsevesenet får på en måte som gir det optimale utbytte. Effektiviseringspolitikken, som jeg har omtalt ovenfor, blir dermed også en del av kvalitetspolitikken. Her skal jeg dog bare se på kvalitetspolitikken i mer avgrenset forstand (Utvikling av strategier for å sikre kvalitet og sikkerhetssystemer i helsevesenet/ WHO 2008, 86).

I de senere år er det i Ukraina lagt økende vekt på kvalitetsutvikling og kvalitetskontroll. Mange har, influert av vestlig kvalitetspolitikk, hatt høye ambisjoner for denne politikken, men myndighetene har forsøkt å lage en politikk som er realistisk for Ukraina. Blir den for ambisiøs skaper den lett frustrasjon og hykleri.

Vi har tidligere sett hvordan myndighetene gjennom tiltak på innsatssiden, som lisensiering, har forsøkt å bedre kvaliteten, uten at det har gitt store resultater. Nå legges det mer vekt på virksomhets- og resultatsiden. Ett uttrykk for det er at det i 2007 ble opprettet en egen avdeling i helseministeriet med ansvar å kontrollere kvaliteten både av tjenesteytelsen og av legemidler og legemiddelhåndteringen. Et annet uttrykk for det er at ”Begrepet om kvalitetskontroll”, ved et ministerielt dekret i 2008, offisielt ble godkjent. Dekretet innebærer at det innføres et enhetlig system, på alle nivåer, også på institusjonsnivå, for kvalitetskontroll. Som en del av dette systemet legges det spesiell vekt på økende bruk av evidensbaserte retningslinjer, til erstatning for de gamle, konsensusbaserte, og på kontroll med etterlevelsen av retningslinjene. Systemet krever

også at det foretas regelmessige pasienttilfredshetsmålinger. Det er videre planen å koble denne mer utfallsorienterte politikken til den gamle lisensierings-, akkrediterings- og sertifiseringspolitikken.

Utviklingen av retningslinjer baseres på det internasjonale kvalitetsvurderingsverktøyet AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation). For å organisere og metodologisk å koordinere standardiseringsarbeidet er det etablert et senter for utvikling, overvåkning og vedlikehold av medisinske standarder ved det ukrainske institutt for strategisk forskning (under Helseministeriet). Ved dette senteret nedsettes, og trenes, for tiden arbeidsgrupper som skal utvikle eller tilpasse retningslinjer og, når det er nødvendig, omarbeide de eksisterende kliniske protokoller. Utfordringen nå er å sørge for at disse retningslinjene, protokollene og standardene følges opp på tjenesteytende nivå.

I tillegg til det som her er nevnt om tiltak for å bedre kvaliteten på de kliniske tjenester i mer avgrenset forstand, arbeides det blant annet med de følgende tiltak. Her er disse bare nevnt punktvis.

- Utvikle og implementere et screeningprogram.
- Utvikle og godkjenne retningslinjer for valg og bruk av utstyr ved alle slags medisinske og sosialmedisinske institusjoner, inkludert hospicer. Utvikle et sett av statistiske indikatorer for medisinsk tjenestekvalitet og for pasienttilfredshet.
- Utvikle og implementere mekanismer for å motivere helsepersonell til å forbedre kvaliteten på medisinsk behandling, herunder til å følge godkjente kliniske protokoller.
- Involvere yrkesorganisasjoner og forbrukerorganisasjoner i kvalitetsarbeidet.
- Sørge for at pasienter og befolkningen generelt får informasjon som gjør det mulig for dem å delta i beslutninger som gjelder deres helse og de helsetjenester de tilbys.
- Starte utbyggingen av et landsomfattende telemedisinsk nettverk.

3. Bedre tilgangen på medisiner

Å forbedre tilgangen på, begrense prisveksten på, øke kvaliteten av og styrke sikkerheten til legemidler og ulike narkotiske stoffer, er viktig både av hensyn til helsetjenestenes kvalitet og helsetjenestens effektivitet. Men legemiddelpolitikken har også fordelingsmessige, geografiske så vel som sosiale, sider.

Den nye legemiddelpolitikken vil, etter planene som nå foreligger, omfatte de følgende tiltak. Jeg lister dem her opp punktvis.

- Gjennomgå den nasjonale listen over essensielle legemidler, og velge ut de mest effektive medikamenter for å behandle vanlige plager.
- Utvikle kliniske protokoller der bioekvivalente og dokumentert terapeutisk effektive generiske legemidler spiller en stor rolle.
- Forbedre kvalitetssikringen av medisiner, ikke minst for å forhindre at forfalskede medisiner kommer i handelen.
- Tilpasse bestemmelsene for registrering av generiske legemidler i forbindelse med utløpet av patentrettigheter til Bolar-bestemmelsen (som gjør det mulig å starte søknadsprosessen to år før et patent går ut).
- Utvide antallet reseptbelagte medisiner (for å få en større grad av faglig kontroll over medisinbruken).
- Innføre et differensiert system for offentlig refusjon av legemiddelkostnader, dog begrenset til legemidler kjøpt med resepter utstedt av offentlige poliklinikker og sykehus.
- Innføre ordningen med referansepriser (der pasienten betaler differansen mellom gjennomsnittlig pris for et legemiddel og den reelle pris på medisinen).

4. Innføring av sosial helseforsikring

Et av de viktigste målene for de fleste helsesystemer i dag, også det ukrainske, er å sikre at folk har en rettferdig, i praksis likeverdig, tilgang på grunnleggende helsetjenester.

Spørsmålet om rettferdighet, eller likeverdighet, er et spørsmål om hvordan betalingen for helsetjenester er organisert. Likeverdighet krever fellesfinansierte helsetjenester. Jo mer folk må betale selv, når de skal ha hjelp, jo mer ulik vil tilgangen på helsetjenester ha en tendens til å bli. Siden helse er en betingelse for å kunne arbeide, og slik få inntekter, er dermed rimeligst mulig tilgang på helsetjenester viktig for å begrense omfanget av sosial ulikhet generelt.

Finansieringsordningene kan variere en del fra land til land, både med hensyn til hvor rettferdige de er og med hensyn til hvor effektive de er. Variasjonene reflekterer ofte historisk bestemte forhold av ulike slag. Internasjonaliseringen gjør imidlertid at forskjellene blir mindre. Ikke bare klinisk praksis standardiseres, også styrings-, ledelses- og finansieringsmåter gjør det (Kutzin 2008).

For å gjøre finansieringen av helsevesenet i Ukraina mer rettferdig, kreves først og fremst en generell økning i den totale offentlige finansiering. Uten en slik økning, vil det som tilbys av subsidierte (gratis) tjenester være langt mindre enn behovet. Det betyr igjen at mange behov vil måtte tilfredsstilles med privat betaling, og slik får man altså ulikhet. Med den tradisjonelle sovjetiske finansieringsmodellen får man neppe til en generell økning av bevilgningene til helsevesenet. Erfaring viser at det ”myke” helsevesenet taper i konkurransen med de ”harde” sektorer, som forsvaret, ordensmakten, industrien og infrastruktursektoren. Det er antagelig enklere å sikre en bedre finansiering av helsevesenet hvis dets inntekter kommer via en skjermet ordning, altså en ordning for sosial forsikring. Da vil det bli en direkte kobling mellom tjenestetilgang og premieomfang. Men det er en forutsetning for at en slik ordning skal fungere rettferdig at premiebetalingen er progressiv, altså at de friskeste og mest velstående betaler høyere premier enn de etter aktuarmessige beregninger ”skulle”. Det må allikevel sies at en sosial forsikringsordning ikke er noen garanti for at man får et virkelig rettferdig virkende finansieringssystem. I Ukrainas tilfelle må man også ta i betraktning at landet knapt har ressurser, på lang tid, til å sikre et mer eller mindre gratis helsevesen som tilbyr helsetjenester som ligger nær forskningsfronten. Det betyr også at landet må godta en viss

grad av ulikhet i tilgangen på en del, særlig kostbare, tjenester.

En fordel, det vil si, en effektivitetsfordel, med en forsikringsordning, er at den lettere kan utformes slik at den letter den allmenne, effektiviserende, transformasjon av det ukrainske helsevesenet. Gjennom en forsikringsordning kan man lettere få samordnet pengestrømmene i helsevesenet, samtidig som det gjør det enklere å innføre mål- og resultatorienterte styringsmåter, herunder incentivordninger av ulike slag, rettet både mot helsepersonell og ledere.

Det er denne veien Helseministeriet vil at det ukrainske helsevesen skal gå. Tiden vil vise i hvilken grad man lykkes med det.

5. Ressurser – helsepersonell

I dag er det ukrainske helsevesen på randen av sammenbrudd hva angår personellsituasjonen. Mangelen er spesielt alvorlig i primærhelsetjenesten i distriktene, men også i distriktene generelt. Mer enn 20 % av de ansatte i helsevesenet i distriktene er i dag pensjonister, og ytterligere 20 % “førpensjonister”. For å bedre situasjonen, er dette noe av det som foreslåes, og som bør gjennomføres. Vil gjengir her forslagene punktvis.

- Innføre en mer langsiktig, statistisk basert personalutdannings- og personalutviklingspolitikk.
- Øke takten i utdanningen av allmennleger og i omskoleringen av spesialistleger til allmennleger. Øke takten i utdanningen av høyskolesykepleiere for praksis i primærhelsetjenesten.
- Utvide sykepleiernes rolle på alle nivåer i helsevesenet, også på medisinske områder.
- Forbedre de sosiale forhold for ansatte i primærhelsetjenesten (hjelp til å få bolig/leilighet, også gjennom gunstige lån, etc.).
- Øke lønnsnivået for leger og annet helsepersonell, særlig sykepleiere.

6. Innføring av profesjonell ledelse

Det er siden 2000 etablert et par utdannelsesprogrammer i helseledelse. Planen er å etablere et bredere tilbud av (minst) halvannetårige mastergradsutdanninger i helseledelse. Det skjer delvis etter oppfordring fra blant annet WHO Europe. Meningen er at etter en periode på fem år, skal alle som ansettes i direktørstillinger og lignende i det ukrainske helsevesen ha gjennomgått denne utdannelsen. Dette er dog ennå ikke lovfestet. De første som har fått ledelsesutdanning har også i stor grad gått til privat sektor og til utenlandske foretak. Overordnede ledere i det ukrainske helsevesen må være leger, så de nye helseledelsesutdanningene er organisert bare for leger. Helseledelse er dog ikke anerkjent som en medisinsk spesialitet. Antagelig må den bli det for at leger i større grad skal ta slik utdanning. Uansett er det antagelig en forutsetning for at de reformene som er skissert ovenfor kan bli effektivt gjennomført, at ledelsesutdannelsen styrkes og blir mer eller mindre obligatorisk for helseledere (Lekhan, Svak, Shevchenko).

VIII. KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg presentert det ukrainske helsevesen. Jeg har vist hvordan det har utviklet seg, hvordan det nå fungerer og hva dets utfordringer er.

Min erfaring, som ukrainsk lege, fra arbeid i både spesialisthelsetjenesten og privathelsetjenesten, har medført at jeg er blitt opptatt av hvordan det ukrainske helsevesenet kan komme inn i en mer fruktbar utvikling. Jeg spør meg hvordan det ukrainske helsevesen kan bli bedre organisert og få en bedre, sikrere og mer formålstjenlig finansiering.

Hvordan har det russisk-ukrainske helsevesen utviklet seg fra en sped begynnelse i det 18. århundre og frem til kommunisttiden (1917-1991)?

Etter revolusjonen i 1917, la den første folkekommissær for helsevesenet, N. A. Semashko, frem grunnlaget for Sovjetunionens helsevesen (1918). Dette helsevesen skulle være et integrert, statlig helsevesen, med fri adgang etter behov. Det ble også et helsevesen som i den første perioden, altså mellomkrigstiden, la stor vekt på forebyggende tiltak, spesielt mot de mange infeksjonssykdommer som rammet befolkningen og truet folkehelsen.

Folkehelsepolitikken viste seg vellykket. Man fikk kontroll med de smittsomme sykdommer og levetidsforventningen utviklet seg positivt. Denne politikken ble ført videre gjennom alle år med sovjetisk styre, også i Ukraina.

De sovjetiske myndighetene ble hengende fast i den opprinnelige suksessen og reagerte ikke tidsnok, og i stor nok grad, på de endrede epidemiologiske forhold som utviklet seg etter 1960. De gamle metoder, både for å forebygge og behandle sykdom, og for å overvåke helsetilstanden, var ikke særlig relevante når det gjaldt bekjempelsen av de ikke-smittsomme, ofte degenerative, sykdommer. Det profylaktiske arbeid som dominerte i sovjettiden var for eksempel ikke basert på healing og god livsstil, som i den nye epidemiologiske situasjonen (med ikke smittsomme sykdommer) var nødvendig.

Myndighetene forstod at den epidemiologiske situasjonen hadde endret seg, men klarte ikke å tilpasse sitt forbyggende arbeid til den nye situasjonen. I stedet tvang etterspørselssituasjonen dem til å forholde seg nesten ensidig terapeutisk til det nye sykdomsbildet, der hjerte- og karsykdommer, og kreft, dominerte. På denne måten kom helsevesenet, som for så vidt hele det sovjetiske samfunn, på defensiven.

Med fokus på behandling var ikke den eneste ”katastrofe” i det sovjetiske helsevesenet. Problemet var minst like mye utilstrekkelig finansiering. Under “Den kalde krigen” gikk mer og mer av de offentlige midler til militærapparatet. Resten av landet, helsevesenet inkludert, stagnerte, og førte til slutt til sovjetsystemets sammenbrudd (1991-92).

Den sovjetiske ideologi krevet ikke en ”ansvarlig” livsstil av befolkningen. Myndighetene gjorde derfor lite for å bekjempe skadelige vaner, som overdreven alkoholkonsumpsjon og røyking.

Den sovjetiske medisinske vitenskap hadde et begrenset omfang og begrenset kontakt med det vitenskapelige miljø i andre land. Resultatet ble at sovjetiske leger etterhvert ikke visste hva moderne behandling var, og ikke kunne ta i bruk nye medisiner og nytt utstyr.

Den nasjonale legemiddelbransjen var lite utviklet i sovjettiden. De fleste medisiner var importert fra utlandet, men hva som ble, og kunne bli, importert, varierte. I de sovjetiske republikker fortsatte legene å benytte mange behandlingsmetoder som aldri hadde vært brukt i Vesten, eller som for lengst var forlatt. Slik fortsatte folk å lide, eller dø, av sykdommer som kunne ha vært stanset eller forhindret.

Av disse grunner økte dødeligheten, og livslengdeforventningene sank, under det sovjetiske regimets siste tiår. Folkehelsen ble alvorlig svekket de siste 20-30 årene av sovjetstyret, og var nådd en kritisk tilstand da regimet gikk i oppløsning.

Hvordan har det helsevesen Ukraina har fått etter 1991 fungert?

”Litt diagnostikk”

Ekspertene mener at det største problemet i det ukrainske helsevesenet er den gamle sovjetiske modellen (Semashko - modellen). I mange henseender preger den fortsatt, to tiår etter Sovjetunionens oppløsning og Ukrainas løsrivelse fra det russisk-dominerte riket, ukrainsk helsevesen. Det gamle, sykehus- og spesialistpregede helsevesenet endres bare sakte. Samtidig gjør dets ineffektivitet og ofte lave kvalitet, at både tilbydere (leger og sykepleiere) og etterspørrere (pasienter) tilpasser seg på måter som både endrer helsevesenet og lar det forbli som det var. Endringene skjer ved at en ordning med uoffisiell, og ulovlig, privat betaling – direkte til legene og sykepleierne – brer seg og gir hele helsevesenet et korrupt preg. Samtidig fører denne utviklingen til at penger bestemmer hvem som kan få hjelp, eller god hjelp, og hvem som ikke kan få det. Det tidligere mer egalitære helsevesen, blir slik stadig mer inegalitært (urettferdig). Denne tilpasningen, med privat, uformell betaling, svekker også noe av grunnlaget for reformpress: De store endringene, som forskyvningen av innsats fra spesialist- til almenhelsevesenet, skjer slik svært sakte.

En mulig vei videre: Hvordan kan det ukrainske helsevesen få en bedre organisering, en sikrere og mer formålstjenlig finansiering, bedre tjenester, og bli mer effektivt og likeverdig?

”Noen terapeutiske tanker”

Helsesystemet i Ukraina krever dype strukturelle reformer. Reformene må føre til forbedring i befolkningens helsetilstand og dekke folks behov for kvalifisert medisinsk behandling.

Det er, som vi har sett, utviklet et program for omstillinger i og utvikling av primærhelsetjenesten, basert på prinsippet om familiemedisin. Det er planlagt å gjøre strukturelle endringer som gjør at det vil bli et klart skille mellom primær- og sekundærmedisinsk behandling. På primærnivå skal det komme et nettverk av tilbydere, i

distriktene hovedsakelig bestående av poliklinikker for allmennmedisin/familiemedisin. Samtidig skal det bli fritt valg av primærlege. Primærlegen skal være portvakter for den mer spesialiserte helsetjeneste og ha det koordinerende ansvar for pasientene.

For å forbedre kvaliteten i de sekundære helsetjenester, og samtidig øke effektiviteten på sekundærnivå, skal ordningen med parallelle tjenester elimineres. Samtidig skal det komme en større grad av arbeidsdeling mellom og funksjonshomogenisering av institusjonene på sekundærnivå.

For å øke effektiviteten og kvaliteten på tertiær nivå skal medisinske universitetsklinikker få en samordnende rolle.

De nasjonale SRI - klinikkene, som behandler folk fra hele landet, skal ledes fra det nasjonale helseministerium i Ukraina.

På alle helsetjenestenivå skal lisens- og akkrediteringskravene skjerpes.

Alle disse reformplanene vil kreve en rekke endringer i det eksisterende regelverk som gjelder for det ukrainske helsevesen. Så vil tiden vise hvordan det går. Det er neppe grunn til stor optimisme på kort sikt.

IX. KILDELISTE

1. Andersen, K.(2010) "Prosjektarbeid – har det noe å si?" Mastergradsoppgave i organisasjon og ledelse, Universitetet i Tromsø.
2. Boleslav Lichterman, (2009) "Ionych", *British Medical Journal*, 339:b3395
3. Demine Andrei K. (2000) "Public Health in Eastern Europe", *The Lancet Perspectives*, Dec. 2000.
4. Christensen T., Lægreid P., Roness P. G., Røvik, K. A. (2006): Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget.
5. Field M.G., (2000) "The health and demographic crisis in post-Soviet Russia: A two- phase development", i M.G. Field og J.L. Twigg (eds.), *Russia's Torn Safety Net*, St. Martin's Press, New York.
6. Figueras Josep, McKee Martin, Lessof Suszy, Duran Antonio, Menabde Nata (2008) Helsevesen og organisasjon, WHO; Health systems, health and wealth http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/91430/E93699.pdf [10.11.2011]
7. Ibid; for 2009, World Bank: <http://data.worldbank.org/country/ukraine>. [1.08.2011]
8. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine (2008). <http://go.worldbank.org/6C56QH4A70> [10.10.2010]
9. Jacobsen, D. I. (2004) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
10. Knyazevich V. M. (2009) "En vitenskapelig begrunnelse for optimalisering av intensivmedisinsk behandling i Ukraina". Kyiv.- 39.
11. Kutzin Joseph (2008) "En politikk for finansieringen av helsevesenet". WHO. <http://www.euro.who.int/document/e91422r.pdf> [10.11.10]
12. Lekhan VM, Kryachkova LV, Volchek V. (2008) "Problemer og utsiktene for omorganiseringen av sykehus". I: *Østeuropeisk Journal of Public Health*, T.2, №2, 44-52.

13. Lekhan V.M., Svak G.A., Shevchenko N.V. (2005) “De viktigste metoder for den videre utvikling av helsevesenet i Ukraina”. *Den felles rapport*, Dnepropetrovsk Det statlige medisinske akademi, avdeling for sosial medisin, organisering og ledelse (Кафедру соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я). <http://www.healthmanagement.com.ua/> [11.9.2010]
14. Lekhan Valeria, Rudyi Volodymyr, Shishkin Sergey (2007) “The Ukrainian health financing system and options for reform” *Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe*. <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf> [30.9.2010]
15. Lekhan V, Rudyi V, Richardson E. (2010) “Ukraine: Health system review”, *Health Systems in Transition (HiT)*, 12(8):1–183.Kfr. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/140599/e94973.pdf [14.11.2011]
16. Lekhan V, Rudyi V, Nolte E. (2004) *Health care systems in transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/96418/E84927.pdf [14.11.2011]
17. Lekhan V, Slabkii GA, Shevchenko MV (2009) “Strategy for the development of the health system”. I: The Ukrainian dimension. Kyiv: Tsifra Print.
18. Leon D., Chenet L., Shkolnikov V.M., Zakharov S., Shapiro J., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M.. “Huge Variation in Russian Mortality rates 1984 & 1994”, 350
19. Libanova, Levchuk, Rudnickiy (2008) “Befolkningens dødelighet i Ukraina, aldersgruppen 25-64 år”.I: *Demoskope Weekly*, № 327-328, 31 mars til 13 april 2008. http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0327/s_map.php#1 [10.09.2010]
20. McKee M. (1999) “Alcohol in Russia”. *Alcohol Alcoholism*; 34: 824-829.
21. McKee M., Healy J. (2002) “Hospitals in a changing Europe: Options for Europe”. I: *European Observatory on Health*. Buckingem: Open University Press.

22. McKee M., Shkolnikov V., (2001) "Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe", *BMJ*; 323: 1051&5.
23. Pensjonsfondet i Ukraina, Institutt for et konsolidert budsjett, avdeling for inntekter (Пенсійний фонд України) <http://www.pfu.gov.ua/pfu/control/uk/index> [11.10.2010]
24. Podolyaka V.L. (2008) "En vitenskapelig, rasjonell optimaliseringsmodell for spesialisthelsetjenesten i storbyene", – 36.
25. Prosjektguide, "Prosjektprosessen".
<http://www.prosjektguide.no/prosjektprosessen.235858-35672.html> [11.11.11]
26. Repstad, P. (1989) "Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag". Oslo: Universitetsforlaget AS.
27. Roemer M.I. (1991) "National Health Systems of the World", Vol. I, *The Countries*, Oxford University Press.
28. Sahlin-Andersson, K., Söderholm, A. (2006) *Beyond Project Management – New perspectives on the temporary – permanent dilemma*. Liber: Abstrakt.
29. Saltman RB, Fyheyras J.(2000) "Reformer i helsevesenet i Europa". I: *Analyse av moderne strategier*, - 432.
30. Senter for medisinsk statistikk i Ukraina, 2009; 2008. Den europeiske databasen "Helse for alle" – 2006, 2007, 2008
31. Sheiman I.M., Shishkin S.V. (2009) "Om nødvendigheten av en offentlig politikk for helsetjenesten i Ukraina, under økonomisk krise". Ekspertter fra WHO.
32. Shkolnikov V.M., Chervyakov V.V. (2000) *Policies for the control of the transition's mortality crisis in Russia*, UNDP, Russia Transitional Family Research Institute, Moscow.
33. Shkolnikov V., Mesle F., Vallin J. (1996) "Health crisis in Russia: Recent trends in life expectancy and causes of death from 1970 to 1993" (Parts I and II), *Population: An English Selection*, Vol. 8.
34. State Statistics Committee of Ukraine, <http://www.ukrstat.gov.ua/> [11.10.2010]
35. Tragakes, E., Lessof, S. In: Tragakes E., ed. *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems,

- 2003: 5(x).
- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95937/e81966r.pdf
[22.9.2010]
36. Tulchinsky T.H., Varavikova E. A., (1996) "Addressing the Epidemiologic Transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia". *American Journal of Public Health*, Vol. 86, No.3, March 1996.
37. Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. (2008) *Ny folkehelsevitenskap: en introduksjon til moderne vitenskap*. Jerusalem: Amutah for Education and Health, 1999- 1049s.
38. Utvikling av strategier for å sikre kvalitetssikkerhetssystemer i helsevesenet (2008) WHO, - 86.
39. Van de Ven, A. H., Poole, M. S. (1995) "Explaining development and change in organizations", *The Academy of Management Review*, 20, (3), 510-540.
40. Volchek V.V. (2006) "Kvalitesanalyse av den medisinsk-diagnostiske prosessen for hjertepasienter på spesialiserte avdelinger". I: *Tidsskrift for Sosial hygiene og folkehelse i Ukraina*, №3, 100-103.
41. WHO health for all databases. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases> [10.11.2011]
42. World Health Statistics 2011 (WHO)
<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html> [10.10.2011]
43. Yarosh N.P. (2001) "En vitenskapelig begrunnelse for det regionale sykehusets rolle i helsesystemer i moderne tid", Kiev.